علم النفس الإكلينيكي

بين النظرية والتطبيق

إعداد الدكتورة
نهاد عبد الوهاب محمود
قسم علم النفس
كلية الآداب- جامعة حلوان

دار العلم والإيمان
للنشر والتوزيع

٣٦٢,٤	محمود ، نهاد عبد الوهاب .
م . ن	علم النفس الإكلينيكي بين النظرية والتطبيق / نهاد عبد الوهاب محمود.- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .
	288 ص ؛ ١٧,٥ × ٢٤,٥سم .
	تدمك : - - 308 – 977 – 978
	١. علم نفس .
	أ - العنوان .

رقم الإيداع : - ٢٠١٦ .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز

هاتف : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ - **فاكس:** ٠٠٢٠٤٧٢٥٦٢٠٢٣

محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣

E-mail: *elelm_aleman@yahoo.com*

٢٠١٦

مقدمة

يعتبر علم النفس الإكلينيكي فرع مهم من فروع علم النفس التطبيقي الذي أخذت الحاجة تزداد إليه يوماً بعد يوم ؛ نظراً لتعقد الحياة العصرية وزيادة حدة المنافسة والصراع ، الأمر الذي ألقى بالكثير من الأعباء على ذهن الفرد ، وعلى نفسيته. ومن هنا أصبحت الحاجة للرعاية النفسية ضرورة حتمية لإنسان هذا القرن ، وخاصة في مجتمعنا العربي الناهض الذي يستهدف إعادة بناء الإنسان ليقوى على التصدي لتحديات العصر ، وليدفع عجلة التقدم إلى الأمام.

ولهذا ، كانت هناك ضرورة إلى توفير الأخصائيين النفسيين في جميع التجمعات البشرية ، في المصانع والمدارس، والشركات، والوحدات الإنتاجية والجامعات ، إلى جانب المستشفيات ،والعيادات، ومراكز التأهيل والتدريب؛ليقوم الأخصائي النفسي بتقديم الرعاية النفسية لهؤلاء الأفراد. فهذا الفرع من فروع علم النفس لا يهتم فقط بالفرد المضطرب ؛ لكنه يقدم خدماته لجميع الأفراد الأسوياء والمرضى على حد سواء.

ونظراً لهذه المسئولية التي تقع على كاهل الأخصائي النفسي ، كانت هناك حاجة إلى أن يعد الأخصائي نفسه للتعامل مع الطبيعة الإنسانية ، ولا يتأتى له ذلك إلا بعد أن يعد نفسه إعداداً ملائما ليس في هذا الفرع فقط من فروع علم النفس ، ولكن في كافة الفروع الأخرى .

ولأن هدفنا في هذا الكتاب هو دراسة علم النفس الإكلينيكي ، فإننا قد حاولنا أن نعرض ما يساعد في التعرف على منهجه العلمي ، ومجالات اهتماماته ، وكيفية دراسته للسلوك المضطرب والسوي ،وكتابة التقرير النفسي وأيضاً التعرف على التدخلات النفسية العلاجية التي تناسب طبيعة الفرد موضع التقييم الإكلينيكي. وهذا هو موضوعنا في هذا الكتاب الذي نضعه بين أيديكم ونسأل الله عز وجل أن يوفقنا ويعلمنا وينفعنا بما علمنا.

الباب الأول

طبيعة علم النفس الإكلينيكي واهتماماته

- الفصل الأول : نشأة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه.
- الفصل الثاني : اهتمامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

الفصل الأول

نشأة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه

يتزايد اعتراف العلماء الطبيعيين والبيولوجيين والطبقة المثقفة بأن إيجاد الحلول للمشكلات العملية ، والتغلب على الأمراض الجسمية لا يمكن أن يحل جميع مشكلات الإنسان المتعلقة بحياته مع نفسه أو مع الآخرين . إن قدرة الإنسان على أن يعيش في سلام وسعادة تستلزم فهم الإنسان لنفسه ، وللوصول إلى هذا الفهم يلجأ الكثيرون إلى العلوم النفسية والاجتماعية بما فيها علم النفس الإكلينيكي(روتر ، *١٩٨٤: ٢٣*).

وكلمة " إكلينيكي " مشتقة في الأصل من كلمة يونانية تشير إلى معنى بجوار سرير المريض " ثم امتد استخدامها إلى دراسة الفرد كفرد أي فحص المريض وعلاجه كفرد على أساس أعراضه ، وليس على أساس أن هذا المريض مثال لحالة من الحالات التي تصفها المراجع. ونجد اليوم أن كلمة *Clinic* أي " عيادة " قد اكتسبت معان مختلفة ومنها مثلا : العيادة الخارجية مقابل الإقامة في المستشفى (مليكة ، *١٩٩٧: ٤*).

وفي هذا الصدد أشار إنجلش وإنجلش *(English & English , 1957)* إلى أن لفظ " إكلينيكي " يرتبط بالعيادة أي مقر العلاج ، كما أن هذا اللفظ يشير إلى منهج من مناهج الدراسة للفرد ككل أي بصورة كلية وكشخص فريد، وعلى ذلك يتم ملاحظة سلوك معين ونوعي ، ويمكن الاستدلال على وجود سمات معينة ونوعية بهدف فهم شخص معين ومساعدته (العيسوي ، *١٩٩٢ : ١٣)*. وهو بذلك يختلف عن فروع أخرى من علم النفس؛ كعلم النفس التجريبي الذي يدرس العمليات النفسية منفصلة عن بعضها البعض، بغرض الوصول إلى القوانين العامة التي تحكمها. أو عن علم النفس الفارقي الذي يهتم في المقام الأول بدراسة طبيعة الفروق بين الأفراد والجماعات في هذه العمليات النفسية (الزيادي ، *١٩٨٠ : ٢١)*.

وقد كان ويتمر *Witmer* أول من استخدم المصطلح المركب "علم النفس الإكلينيكي" مؤكداً أهمية اتباع الأسلوب العلمي عند تحديد حالة الفرد النفسية والعقلية ومشيراً إلى أن علماء النفس الإكلينيكيين يقومون بدور (المعلم) لمساعدة الأشخاص في تنمية قدراتهم وتحقيق إمكاناتهم (سلامة ؛عسكر ، *١٩٩٢ : ٤)*.

وهنا تشير رابطة علم النفس الأمريكية (*APA*) إلى علم النفس الإكلينيكي بأنه" أحد الفروع التطبيقية في علم النفس ، يهدف إلى تحديد خصائص سلوك الفرد وإمكاناته،باستخدام أساليب القياس والتحليل والملاحظة كما يقدم الاقتراحات والتوصيات التي تتعلق بالتوافق السليم لهذا الفرد ، وذلك بهدف أن يدمج ما توصل إليه من نتائج مع نتائج الفحص الطبي وبيانات الخلفية التاريخية لهذا الفرد (سلامة؛ عسكر ، *١٩٩٢ : ٥)*.

معنى ذلك أن علم النفس الإكلينيكي هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها.أو هو" تطبيق الطريقة الإكلينيكية تشخيصا وتنبؤاً وعلاجاً.أي يستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي الأسس والفنيات والطرق السيكولوجية، والذي يتعاون مع غيره من أعضاء الفريق الإكلينيكي كل في حدود تخصصه ، بقصد فهم ديناميات شخصية الفرد وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أنواع العلاج ثم العمل على الوصول بالفرد إلى أقصى توافق نفسي اجتماعي ممكن(طه وزملاؤه *١٩٩٣: ٥٢٣)*. ولكي نزيد هذا التعريف وضوحاً فإننا سوف نلقي الضوء على دلالاته النظرية والعملية، من خلال استعراض تاريخ علم النفس الإكلينيكي وتطوره .

تاريخ علم النفس الإكلينيكي وتطوره:

لعبت الكثير من المؤثرات أدواراً مهماً في تشكيل وتطور علم النفس الإكلينيكي منذ حوالي بداية القرن الحالي وما قبله بقليل . وفيما يلي استعراض لأهم هذه المؤثرات :-

أ- حركة القياس السيكولوجي (السيكومتري).

يمكن تتبع البدايات التاريخية الأولى للقياس في اختيار الموظفين في الإمبراطورية الصينية القديمة منذ آلاف السنين ،وإلى أيام الإغريق القدامى وإلى نظم الامتحانات الرسمية في جامعات القرون الوسطى. وحركة القياس السيكولوجي الحديثة واحدة من المنابع الرئيسة لعلم النفس الإكلينيكي وكانت بدورها جزءاً من الحركة العلمية في القرن التاسع عشر حين بدأ الاهتمام بضرورة توفير الرعاية الإنسانية لمرضى العقول وللمتخلفين عقليا ، بدلاً من تعرضهم للإهمال والعزل والتعذيب. ونتيجة لذلك نشأت مؤسسات لرعاية هؤلاء الأفراد ونشأت معها الحاجة إلى إعداد نظم لتحديد من يجب إلحاقهم بها

والتمييز بين فئاتهم المختلفة ، ومن ذلك مثلا التمييز بين الذهانيين والمتخلفين عقليا .

ورغم كل ما ينسب اليوم إلى القياس السيكولوجي من نقائص ، فإن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يدين له بكثير من مركزه العلمي ونشاطه المهني وهو في كل مرة يصر فيها على الموضوعية والحاجة إلى مواصلة البحث ، إنما يتأثر بأصول القياس السيكولوجي وقواعده . ويدين القياس السيكولوجي بوصفه أداة من أدوات علم النفس الإكلينيكي إلى فرانسيس جالتون *F. Galton* بإنجلترا الذي كان تلميذاً لداروين ومن أوائل من حاولوا تطبيق أسس التطور في دراسة الأفراد البشريين. وقد أدى اهتمام جالتون بدراسة الوراثة إلى ابتكار أدوات للقياس الموضوعي لخصائص الأفراد من الأقارب وغيرهم في إعداد كبيرة. كما كان جالتون من أوائل من استخدم طريقة الاستبيان لأغراض الدراسة السيكولوجية وذلك في بحوثه المشهورة في" التخيل البصري "، وكان أيضاً من أوائل من سخر الطرق الإحصائية لتحليل البيانات المتصلة بالفروق الفردية (مليكة ، *١٩٩٧ : ٢٥*).

والخلاصة أن اهتمام جالتون بدراسة الفروق الفردية يمثل أول حركة سيكولوجية نظامية نحو الاهتمام بدراسة تفرد السلوك ، بدلاً من قصر الاهتمام على السلوك المعمم والذي كان يشكل محور الاهتمام في علم النفس التجريبي حينذاك ، وحين ينظر إلى الفروق الفردية بوصفها أخطاء، وقد مهد ذلك الطريق إلى قيام علم نفس إكلينيكي يسنده اتجاه سيكومتري قوي ، وإلى أن يصبح الفرد وحدة مناسبة للدراسة السيكولوجية.

هذا وقد أدى الاهتمام بدراسة الفروق الفردية إلى الاهتمام بدراسة السلوك المنحرف عن المتوسط في التوزيع الاعتدالي ، ومن ثم دراسة الشواذ والمرضى. وقد كان جيمس كاتل *G.Cattell* – وهو من تلاميذ فونت- أول من استخدم مصطلح " الاختبار العقلي " في مقال له عام *١٨٩٠* . وقد تأثر أيضاً ببحوث جالتون، ولذلك فاننا نلمس في أعماله تأثر اتجاهين مهمين في علم النفس هما : التجريب وقياس الفروق الفردية لهذا فقد كان – مع ثورنديك وودورث – من الرواد الأوائل في دعم الاتجاه الجديد في علم النفس وهو العناية بالتحليل الإحصائي في دراسة الفروق الفردية ، إلا أن معظم البحوث في ذلك الوقت كانت تتركز حول زمن الرجع والوظائف الحسية- الحركية البسيطة .

ومن الأوائل الذين اشتغلوا بقياس وظائف أكثر تعقيداً من الوظائف الحسية- الحركية البسيطة كربلين والذي اهتم أساساً بالفحص الإكلينيكي للمرضى السيكاتريين واستخدم العمليات الحسابية البسيطة لقياس تأثير التعب والذاكرة وتشتت الانتباه(مليكة ، ١٩٩٧ : ٢٥).

واختبار الذكاء كما نعرفه اليوم عمل من أعمال القرن العشرين. وقد كان بينيه وهنري *Binet & Henry* أول من أشارا في مقالهما عام ١٨٩٥ إلى الحاجة في قياس الذكاء إلى إعداد اختبارات للعمليات العقلية الأكثر تعقيدا من العمليات الحسية – الحركية. وقد تأثر بينيه بمحاولات من سبقوه لقياس درجة التخلف العقلي، والتمييز بينه وبين الذهان، ومنهم اسكيرول الذي لاحظ أن القدرة على التعبير اللفظي تنخفض بازدياد درجة التخلف العقلي .

وفي عام ١٩٠٤ عين وزير المعارف الفرنسي لجنة كان من أعضائها بينيه لتقصي أسباب التأخر الدراسي ، ونشر مع سيمون*Simon* أول مقياس للذكاء ستانفرد -بينيه عام ١٩٠٥ . وقد ترجم هذا المقياس إلى عدد من اللغات ولكن أهم هذه الترجمات تلك التي قام بها ترمان عام ١٩١٦ في جامعة ستانفرد بكاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية ، والتي استخدم فيها مفهوم " نسبة الذكاء" . وقد قدر لهذا المقياس أن يكون له أكبر الأثر في تشكيل صورة علم النفس الإكلينيكي في مراحله الأولى.

ومن التطورات المهمة في تاريخ القياس السيكولوجي ذلك الذي حدث في مجال قياس الجوانب الوجدانية للسلوك ، أي الاختبارات التي تهتم بقياس خصائص مثل الحالات الانفعالية ، والعلاقات بين الأشخاص مثل الميول والاتجاهات، والتي أصبحت في إطار مصطلح القياس السيكولوجي تدرج تحت عنوان " اختبارات الشخصية ". وتتمثل البدايات الأولى في استخدام كربلين لاختبارات التداعي الحر ، وأعمال جالتون وكاتل في الاستبيانات المقننة ومقاييس التقدير. إلا أن النموذج الأول الذي اهتدت به مقاييس الشخصية من نوع الورقة والقلم كان هو صحيفة البيانات الشخصية *Personal Data Sheet* التي أعدها وودورث خلال الحرب العالمية الأولى بقصد الفرز السريع للمضطربين انفعاليا، ممن لا يصلحون لأداء الخدمة العسكرية . وقد أعدت بعد ذلك العديد من هذه الاختبارات؛ بعضها يتناول مختلف الفئات المرضية، ويتناول البعض الآخر مجالات التوافق أو سمات محددة كالسيطرة ، كما يتناول البعض الآخر الميول والقيم والاتجاهات .

ومن التطورات المهمة في مجال مقاييس الشخصية ما يتصل منها بالأساليب الإسقاطية ، فقد أدخل ليفي إلى أمريكا اختبار بقع الحبر (رورشاك) كما أعد موراي*Murray* اختبار تفهم الموضوع.

وقد كان للاتجاه الدينامي أثره في دعم استخدام هذه الأساليب الإسقاطية .

ب- الاتجاه التجريبي في علم النفس .

وهو اتجاه وثيق الصلة بالاتجاه السيكومتري ، إلا أنه يثير الكثير من النقاش في دوائر علم النفس الإكلينيكي ، فيحتدم الصراع حول المقارنة بين ما يسمى أحيانا " المنهج الإكلينيكي " ، و" المنهج التجريبي " . وقد نشأ المنهج الإكلينيكي أول ما نشأ في ظل التقاليد الطبية، وبخاصة الطب الإكلينيكي ، وفي هذا الإطار، فإن الإكلينيكي الماهر هو الذي يتميز بقوة الملاحظة، ولا يخشى الاعتماد على الحكم والتنبؤ الذاتيين ، بل وأحيانا على الحدس أو الإلهام. ومنهجه نوعي وكلي وشخصي أو ذاتي ، وهو إذا سجل ملاحظاته فذلك نشاط ثانوي يقوم به بوصفه ملاحظا مشاركاً وبقصد زيادة فاعليته في مساعدة مريضه عن طريق تنظيم انطباعاته وخبراته.

ومن ناحية أخرى فان التقليد التجريبي نشأ في المعمل، وعلى يد العالم الأكاديمي الذي يهتم بالمعرفة أكثر مما يهتم بالفعل، وبالقياس الدقيق لتفاصيل وجزئيات السلوك أكثر من التأمل في ثراء الحياة الواقعية (مليكة ، ١٩٩٧ : ٣٢).

وعلى الرغم من ذلك شهد القرن العشرين فقد لقاًء مثمراً وفعالا بين هذين التيارين من البحث في النفس ، ويتبدى لنا هذا في الدراسات الحديثة التي قام بها علماء علم النفس التجريبي؛ للتحقق من مفاهيم علم النفس الإكلينيكي تحقيقا تجريبيا. مثال ذلك من المفاهيم التي وضعها علماء علم النفس الإكلينيكي لتفسير المرض النفسي مفهوم الإحباط والنكوص؛ فقد فسروا المرض النفسي على أساس أن الشخص المريض تعرض وهو في طريق نموه النفسي الجنسي إحباطا من البيئة الخارجية أي تم إعاقة رغباته عن الإشباع ، الأمر الذي يؤدي إلى الارتداد إلى مراحل سابقة من نموه .كما قام علماء علم النفس الإكلينيكي كذلك بالمقارنة بين المرضى والأسوياء في العمليات السيكولوجية المختلفة مثل زمن الرجع والجمود الإدراكي ، الأمر الذي كان له قيمة تشخيصية كبرى (الزيادي ، ١٩٨٠ : ٣٠).

جـ- الاتجاه الدينامي في علم النفس .

بدأ الاهتمام يتزايد في النصف الأخير من القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين ، بالإنسان بوصفه كائنا ديناميا في دأب متصل ، كما بدأ الوعي بدور العوامل النفسية في السيكوباثولوجية. ورغم أن استخدام مصطلح الاتجاه الدينامي يمكن أن يعني أكثر من مدرسة في علم النفس ، إلا إنه من المسلم به أن التحليل النفسي كان له الأثر الأكبر في تطوير علم النفس

الإكلينيكي هذا من ناحية. ومن ناحية أخرى فإن نتيجة ازدياد الطلب على خدماته ، بدأ الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، يتحرر تدريجيا من المفهوم السائد عن دوره وهو أنه الشخص الذي يطبق الاختبارات السيكولوجية ، إذ وجد نفسه يواجه مشكلات الفرد ككل في تفاعلاته مع بيئته ومع الآخرين ، مما دفع الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى الاهتمام بفهم السلوك الإنساني : السوي واللاسوي . ويتمثل هذا الاتجاه الدينامي في عدد من المدارس منها التحليل النفسي والجشطالت(مليكة ، *١٩٩٧ : ٣٣*).

د- حركة الصحة العقلية والمستشفيات العقلية .

تطورت النظرة إلى المرض العقلي عبر العصور لينظر إلى المرض على أنه مس من الشيطان أو روح شريرة وكان العلاج عن طريق فتح ثقب في جمجمة المريض لتسمح للشيطان بالهروب. ثم أدخل أبو قراط (*٤٦٠ –* ٣٧٠ ق.م) فكرة أن المخ هو مركز النشاط العقلي وأن مرضه هو سبب المرض العقلي. واقترح عدد من صنوف العلاج ومنها الموسيقى.ولكن قدر لهذه الأفكار أن تنتهي ويعود السحر والخرافة إلى الانتشار مرة أخرى في القرون الوسطى ، إلى الحد الذي عولج فيه الملك جورج الثالث حين أصيب باضطراب عقلي بالأساليب القاسية نفسها على أيدي كبار أطباء انجلترا في ذلك الوقت، مما أدى إلى إجراء تحقيقات برلمانية وإلى المناداة بالإصلاح .

وفي فرنسا يعتبر فيليب بينيل *F.Pinel (١٧٤٥ - ١٨٢٦)* أبو الطب النفسي. وكان بينيل يعتقد أن المجانين مرضى في حاجة إلى علاج وليسوا مجرمين وفي حاجة إلى عقاب. لذا قام برفع القيود الحديدية عنهم وهيأ لهم في مستشفى "بيست" إقامة صحية ممتعة مع تنظيم نزهات ورحلات خلوية (الزيادي ، *١٩٨٠ : ٢٢)*.

وفي أوائل القرن التاسع عشر ، كان قد حدث تقدم غير قليل في إدخال الأساليب الإنسانية في معاملة المرضى بمستشفيات الأمراض العقلية ، كما حدث تطور في أساليب العلاج فقد اكتشف مسمر ما سمي حينذاك " المغناطيسية الحيوانية "، وقد ادعى أنه وحده وقليلون غيره يملكونها إلى أن أكسبها بريد *Braid* الصبغة العلمية وأسماها " التنويم المغناطيسي " (مليكة ، *١٩٩٧ : ٣٥*). والخلاصة أن التطورات السابقة قد مهدت الطريق لقيام الأخصائي النفسي الإكلينيكي بدوره في المستشفيات العقلية ، وبخاصة خلال الحرب العالمية الثانية. فمنذ الثلاثينات حدث تحول عام في اهتمامات السيكولوجيين الإكلينيكيين وأوجه نشاطهم كالتالي :

١- من الاهتمام الرئيس بمشكلات الأطفال ومعوقاتهم إلى مشكلات توافق الكبار.
٢- ومن الاهتمام الشديد بقياس الذكاء ونواحي العجز والآثار التي تحدث عنها في القيام بالوظائف العقلية إلى الاهتمام بقياس الشخصية والتوافق.
٣- ومن الاهتمام بتصنيف الإعاقة العقلية وتوكيد وظيفة السيكولوجي كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسي وعلاج الحالات بالفعل (روتر ، ١٩٨٤ : ٥٣).

الفصل الثاني

اهتمامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي

استخدم ويتمر " *Witmer* مفهوم " علم النفس الإكلينيكي " عام ١٨٩٦ للإشارة إلى إجراءات التقييم والتشخيص المستخدمة مع الأطفال المتخلفين *Retarded*.ولهذا يعتبر الاهتمام بالتشخيص في ميدان علم النفس الإكلينيكي في الفترات المبكرة من نشأة هذا العلم من بقايا التعريف المبكر لـ" ويتمر". فقد بدأ علم النفس الإكلينيكي من الناحية العلمية بإنشاء مؤسسة فاينلاند *Vineland Institute* لدراسة التخلف العقلي سنة ١٩٠٦ ، ثم بإنشاء عيادة شيكاغو لإرشاد الطفل *Chicago Child Guidance Clinic* بعد ذلك بثلاث سنوات أي سنة ١٩٠٩.

وعلى الرغم من أن اهتمامات المؤسسين تنوعت بعد ذلك لتشمل دراسة عدد متنوع من الاضطرابات النفسية والعقلية ، فإن الاهتمام الرئيسي ظل كما هو قاصراً على عمليات التشخيص والتقدير للوظائف العقلية ، وهو الاهتمام الذي بقي مرتبطاً بتعريف علم النفس الإكلينيكي طوال النصف الأول من هذا القرن (إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ١٣).

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فهناك خلافات واضحة بين علماء النفس في المجال الإكلينيكي مع بعضهم البعض من جهة ، وبين علماء الفروع الأخرى الوثيقة الصلة به كالطب النفسي من ناحية أخرى للوصول إلى تعريف مقبول لهذا الفرع. وقبل استعراضنا لهذه التعريفات سوف نعرض في نظرة سريعة طبيعة الأدوار التي يقوم بها كل من يحصل على ليسانس الآداب تخصص علم النفس، منتهين بالمجال الإكلينيكي للتفرقة بينه وبين أي مسميات أخرى قد تختلط معه.

ما الذي يقوم به الأخصائي النفسي :

ربما يعتقد البعض عند سماع كلمة أخصائي نفسي *Psychologist* وجود معالج نفسي يستمع باهتمام إلى شخص أخر ، قد يكون ممدداً على أريكة يحكي عن مشاكله . غير أن الأنشطة المهنية للأخصائيين النفسيين ليست كذلك، وإنما تقع في ثلاث تصنيفات رئيسية، هي :

١- التدريس والقيام بالأبحاث في الجامعة والكليات وهؤلاء هم "علماء النفس الأكاديميين" *Academic Research Psychologist* ومن الممكن أن يتخصصوا في جوانب معينة مثل القياس النفسي، أو الإرشاد، أو علم النفس الاجتماعي .

٢- تقديم خدمات الصحية النفسية والعقلية وعادة ما يشار اليهم بـ "ممارس علم النفس" *Psychological Practice* ويطلق عليهم أيضاً "الأخصائي النفسي الإكلينيكي" *Clinical Psychologist* الذي قد يعمل في بعض الأماكن كالعيادات الخاصة وعيادات الصحة النفسية ، والمستشفيات.

٣- القيام ببحث وتطبيق نتائجه في مجالات غير أكاديمية مثل الأعمال الرياضية والحكومة والقانون والجيش ، وهؤلاء هم "الأخصائيين النفسيين" في المحاكم والمصانع والأماكن الأخرى (*Wade & Tavris*., *1996 : 23*)

وهناك العديد من الأخصائيين النفسيين من يعمل في أكثر من مجال متنقلين بين التدريس والبحث والممارسة. وبعض ممارسين علم النفس (كما عرفتهم رابطة علم النفس الأمريكية) هم أخصائيين نفسين للإرشاد *Psychologist Counseling* يساعدون الناس بصفة عامة في التعامل مع المشكلات اليومية كالقلق والمشكلات الأسرية والزواجية وانخفاض الدافعية للعمل. وهناك الأخصائيين النفسيين المدرسيين *School Psychologist* الذين يعملون مع الوالدين والمدرسين والطلاب ؛ لتحسين النمو أو أداء الطالب. أما الغالبية العظمى هم من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الذين يقومون بتشخيص وعلاج ودراسة الصعوبات والمشكلات الانفعالية والعقلية حيث يدرب الإكلينيكي على أن يكون معالج نفسي مع الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب الشديد ، وأيضاً من يعاني من مشكلات معتدلة ، أو الذين يرغبون في التعامل مع مشكلاتهم بشكل أفضل.

وعادة ما يتم الخلط بين مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، والمعالج النفسي والمحلل النفسي ، والطبيب النفسي. وفيما يلي الفرق بينهم في طبيعة مهام كل منهما.

من هو الأخصائي النفسي الإكلينيكي وما هي أدواره ومناشطه :
الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو الذي يستخدم الأسس والتكنيكات والطرق والإجراءات السيكولوجية ، والذي يتعاون كلما اقتضى الأمر ذلك مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب والأخصائي الاجتماعي وغيرهما كل في حدود إعداده وإمكانياته، وفي إطار من التفاعل الإيجابي ، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته ، والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف صنوف العلاج، ثم العمل على الوصول بالعميل إلى أقصى توافق اجتماعي- ذاتي ممكن(مليكة ، ١٩٩٧ : ٥).ولكي يقوم الأخصائي بدوره في هذا المجال يجب أن يكتمل تدريبه في مجالات ثلاثة أساسية هي : التشخيص والعلاج والبحث بحيث إن النقص في ميدان منها يؤدي إلى الانتقاص من فعالية أداء الأخصائي النفسي الإكلينيكي لوظيفته.
هذا وتختلف مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي من بلد لبلد ومن حين لآخر في نفس البلد ، بل إنها قد تختلف من مدرسة فكرية لأخرى المكان والزمان نفسها. ولكن بشكل عام لم تعد مجالات عمل الإكلينيكي تقتصر على المستشفيات العقلية والمصحات النفسية ، بل امتدت لتشمل مدى متنوعاً لا حصر له من الميادين . وللتوصل إلى فكرة أوضح تستوعب وظائف الإكلينيكي العريضة وما يرتبط بها من أدوار ومناشط ، يمكن أن نحدد ثلاث وجهات عامة يمكن على أساسها الإلمام بطبيعة عمله ،وهي :
١- مجال العمل أو مواقع النشاط المهني الإكلينيكي.
٢- النشاط الفعلي الذي يقوم به .
٣- الجمهور الذي يقدم له خدماته .
١- مجالات العمل .
لم تعد مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي تقتصر على العمل في المستشفيات العقلية والمصحات النفسية، وإنما امتدت لتشمل أيضاً العيادات المدرسية والعسكرية. فضلا عن هذا فقد أصبح دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي مطلوباً في مراكز التوجيه والإرشاد في المدارس والجامعات ، وامتد نشاط علم النفس الإكلينيكي للسجون والإصلاحيات ، ومؤسسات التخلف العقلي،والجانحين ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمور والمخدرات . حتى مجالات الصناعة والإنتاج أصبحت تستعين بالأخصائيين النفسيين ألإكلينيكيي للقيام بشئون التوجيه والإرشاد النفسي

للعمل، والموظفين من أجل صحة نفسية أفضل وطاقة أكبر على العمل والإنتاج (إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ٢٦) .

٢- النشاط الفعلي الذي يقوم به .

أما عن أعمال الأخصائي النفسي الإكلينيكي وأنشطته، فنلاحظ أنه بالإضافة إلى الأنشطة المعروفة كالاستشارة وتقديم النصح للقيام بإجراء عمليات التشخيص والعلاج أو بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية تعددت وتنوعت بقدر كبير في الفترة من الستينيات وحتى السبعينيات أنشطة الأخصائي النفسي الإكلينيكي فشملت مجالات لم تكن مطروقة ومنها : السياسة العامة للصحة العقلية ، علم نفس المجتمع ، البحوث التجريبية التي تتناول حالة واحدة ، التقييم السلوكي التقييم النيوروسيكلوجي الاهتمام بالعلاجات الدوائية ، الوقاية الأولية والتصميمات التجريبية التي تستعين بإحصاء التباين المتعدد(مليكة ، ١٩٩٧ : ٧).

٣- الجمهور الذي يقدم له خدماته.

يعرف البعض علم النفس الإكلينيكي على أنه في أساسه اتجاه إكلينيكي بمعنى إنه يهتم بفهم المشكلات التي تعترض بعض الأفراد ويحاول تقديم الحلول لها ما أمكن. وهكذا نجد الجمهور الذي يعامله الإكلينيكي هو أساسا الجمهور المضطرب واتجاهه نحو هذا الجمهور هو تقديم العون والإعانة على حياة أفضل وأكثر فعالية (إبراهيم ؛عسكر ، ٢٠٠٨ : ٣١) .

وتتنوع الاضطرابات التي تواجه الشخصية ، وتمتد لتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكدر والضيق إلى الحالات العقلية الأكثر خطورة. والطريق الشائع في تقسيم الاضطرابات هو النظر إليها وفق خمس فئات كبرى هي :

١- الأعصبة.
٢- الذهان الوظيفي.
٣- الذهان العضوي.
٤- اضطرابات الشخصية.
٥- التخلف العقلي.

إلا أن جمهور عالم النفس الإكلينيكي أصبح الآن أكثر اتساعاً من الاقتصار على الفئات السابقة ، وامتد ليشمل الأفراد أو المجموعات فأصبح من جمهور الإكلينيكي الآن الأزواج والعائلات التي تطلب عونا إكلينيكيا لتغيير أنماطها السيئة في التفاعل ، كذلك طلاب المدارس والجامعات وكل

المرضى الذين يعتبرهم الطبيب البشري الممارس حالات مضطربة ، تسعى للحصول على العون للتخلص من أنماط ومشكلات اجتماعية ، أو عقلية ،أو تطلب الإرشاد للطرق الأكثر إيجابية وفاعلية تساعد على حياة أفضل (إبراهيم؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ٣٣).

ولأن الجمهور الذي يحتاج للخدمات النفسية الإكلينيكية أصبح يشمل كل الأفراد أو الجماعات التي تتطلب العون ، لهذا فهناك مجموعة من الخصائص التي يجب توافرها في الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهذه الخصائص هي :

أ- يحتاج الإكلينيكي للنجاح في مهنته كفاء شخصية وقدرة على اتخاذ قرارات ملائمة في أكثر المواقف غموضا، فقد يجد الأخصائي الإكلينيكي نفسه في مواقف غير متوقعة، وعاجز عن المساهمة في الميدان إذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس والكفاءة والمبادرة. هذا بالإضافة إلى أنه يجد تقريبا مشكلات يومية تحتاج منه لنصائح عملية بسيطة.

ب- القدرة على تكوين علاقات إنسانية ، ولكن مهنية بمرضاه وجمهوره ؛ حيث يحتاج الإكلينيكي إلى أن ينمي علاقة إنسانية دافئة ولكنها يجب أن تكون في الوقت نفسه واقعية ومهنية . ولهذا يؤكد كثير من المعالجين على أهمية التعاطف *Empathy* بالمريض والذي يعني إحساس المعالج بمشكلة المريض كما يعيشها ، وهو يختلف عن العطف أو الشفقة *Sympathy*. ومن أحد أساليب إظهار التعاطف والمشاركة : الإصغاء للمريض وتشجيعه على الحديث عن نفسه بتقبل واهتمام دون نقد أو حكم أو موافقة أو عدم موافقة .

ج- إدراك المريض في إطاره الاجتماعي والتصرف بمقتضى ذلك . فالمريض ليس شخصا مجردا عن واقعه الاجتماعي والمعالج الناجح هو الذي يدرك ذلك جيدا بأن يعي الظروف الاجتماعية والبيئية التي تحيط بالمريض وهذا يقي المعالج من أن يقود المريض لمناهج علاجية غير مرتبطة بظروف المريض الاجتماعية ويضفي على فهمه العلاجي والتشخيصي شيئاً من الواقعية .

د- احترام الذات وفهمها ، وأن يكون متفهما لعيوبه ومزاياه، وتطوير إمكانياته . وهذا عمل ضروري لكل إكلينيكي سواء كان اهتمامه موجها للبحث أو العلاج أو الاستشارة. ولهذا فإن الأخصائي الإكلينيكي المؤثر هو من يستطيع أن يحقق التوازن بين حاجته للانغماس أو البعد عن عمله، وأن يعرف متى ينشط ومتى ينسحب ويتراجع .

هـ- أما من الناحية الأخلاقية ،تتطلب الممارسة الإكلينيكية تمسكا بالمعايير الاجتماعية والقانونية ، والحذر من التصريحات العامة ، والحفاظ على المعلومات التي يحصل عليها من الجمهور ، والإدراك الواضح لصالح عملائه وتجنب الإعلان والدعاية ، والحفاظ على نتائج الاختبارات وعدم إشاعتها إلا للضرورات المهنية ، فضلا عن ضرورة الحيطة عند إجراء البحث العلمي على الإنسان والحيوان.

- ما الفرق بين المعالج النفسي ، والمحلل النفسي ، والطبيب النفسي والأخصائي النفسي الإكلينيكي ؟

عادة ما يخلط الأشخاص بين المسميات السابقة ، والحقيقة إنها لا تعني الشيء نفسه. فأي شخص مؤهل يقوم بأي نوع من العلاج النفسي هو معالج نفسي *Psychotherapist* (*Zimbardo , 1979 : 19*).والمحلل النفسي *Psychoanalyst* قد يكون طبيباً نفسياً يعالج الاضطرابات النفسية في المقام الأول ويتم هذا الأسلوب العلاجي تبعا لنظرية فرويد (أو غيره من المحللين النفسيين) في الشخصية والعلاج. وفي البداية كان يسمح لعلماء النفس والأطباء بممارسة هذا النوع من العلاج، ولكن تعلم هذا الأسلوب العلاجي وممارسته تقتصر الآن أساساً على الأطباء النفسيين ، فيلتحقون- بعد دراستهم للطب النفسي- بمعهد التحليل النفسي ، حيث يخضعون هم أنفسهم للتحليل بادئ ذي بدء على يد محلل متمرس. وهناك حوالي ١٠% من الأطباء النفسيين الأمريكيين يعدون محللين نفسيين (عبد الخالق ، ٢٠٠٠: ٤٧).

أما الطبيب النفسي فهو شخص متخصص في الطب النفسي (بينما يُعد علم النفس جانب من الدراسة الأكاديمية) ويُمكن التدريب الطبي الذي يخضع له الطبيب النفسي من وصف الأدوية كجانب من البرنامج العلاجي ، بينما لا يسمح للأخصائي الإكلينيكي بذلك . وبشكل عام فإن الأطباء النفسيين هم معالجون مهنيون يعالجون المرضى ذوي الاضطرابات العقلية والانفعالية ، ويقومون بذلك إما في عيادتهم الخاصة أو في المستشفيات، فهم ممارسون أكثر من كونهم باحثين.

ومن ناحية أخرى ، يتشابه الأخصائي الإكلينيكي مع الطبيب النفسي في أنه عادة ما يكون معالجاً يقوم بمعالجة العميل في عيادة خاصة أو في المستشفى مستخدما في تقييم الاضطرابات مجموعة مختلفة من الاختبارات النفسية . وعلى الرغم من وجود بعض التشابه بين ما يقوم به كل من الطبيب النفسي والأخصائي الإكلينيكي، فإن هناك فروقاً مهمة أيضاً بينهما :

فالطبيب من الأرجح أن يعالج الاضطرابات العقلية الحادة عن الأخصائي التي تكون أكثر توجه دوائي لأنهم قد تدربوا على تشخيص الاضطرابات العضوية التي تسبب الاضطرابات العقلية ، بالإضافة إلى ذلك يصف الطبيب النفسي الأدوية ، غير أن الطبيب لم ينل التدريب على نظريات البحث في علم النفس الحديث ومناهجه، لذلك فهذه الفروق قد تؤثر في مداخلهم العلاجية؛ فعلى سبيل المثال: فالمريض بالاكتئاب قد يصف له الطبيب مضادات الاكتئاب ، وينظر الأخصائي الإكلينيكي إلى الجانب النفسي والاجتماعي لدى المكتئب ، ويعرض الحلول غير الطبية *(Wade & Tavris , 1996 : 26)*.

الباب الثاني

مناهج وأدوات البحث في علم النفس الإكلينيكي

وكتابة التقرير النفس

- الفصل الأول : مناهج البحث في الدراسات الإكلينيكية.
- الفصل الثاني : أدوات جمع البيانات في علم النفس الإكلينيكي.
- الفصل الثالث : تكامل المعلومات الإكلينيكية وكتابة التقرير النفسي.

الفصل الأول

مناهج البحث في الدراسات الإكلينيكية

يهتم علم النفس الإكلينيكي بمشكلة التوافق، بهدف مساعدة الفرد ليعيش بأمن وسعادة ، ويبتعد عن القلق والصراعات النفسية. وفي بعض المجالات يتميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من المجالات الأخرى التي تركز على مظهر معين من مظاهر التوافق ، كما هو الحال في التوافق المهني أو أمراض الكلام . ورغم ذلك فهناك في بعض الأحيان تداخل كبير في الاهتمامات بين علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي؛ فكل منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للمرض النفسي(أو العقلي) أو اضطرابات الشخصية . ولكن الخلاف هنا لا يحدث في الأغلب في التطبيق ، وإنما يحدث في إعداد الممارسين وتدريبهم ، وفي نوع المنهج الذي يستخدم في بحث المشكلات.ويشير نوع المنهج إلى " الاتجاه النظري الخاص الذي هو جزء من نوع التدريب الخاص الذي يتعرض له الممارس".فمن خصائص السيكولوجيين أن يبحثوا الاضطرابات النفسية على أنها نتاج للخبرات المبكرة أو التعلم، في حين أن أطباء الأمراض النفسية يبحثون هذه الاضطرابات باعتبارها أمراضا خاصة تحتاج إلى علاج عضوي بالدرجة الأولى (روتر ، *١٩٨٤ : ٢٤*).

والدراسات الإكلينيكية (السريرية) تهدف إلى الإجابة على الأسئلة المتعلقة بأسباب وعلاج الاضطرابات النفسية ومظاهرها. ذلك أن الباحثين الإكلينكيين شأنهم في ذلك شأن جيل العلماء يحاولون اكتشاف مبادئ أو قوانين عامة للوظائف النفسية غير السوية، وللحصول على فهم واضح للاسواء النفسي فهم يعتمدون على المنهج العلمي (الشربيني ؛ صادق ، *١٩٩٩ : ٢٨*).

هذا، ويقصد بالمنهج العلمي اعتماد العالم فيما يدرسه وفي سبيل الحصول على القوانين والنظريات التي تفسر الظواهر التي يدرسها على الملاحظات وإجراء التجارب والمشاهدات .

لذلك فللحصول على معلومات صادقة عن السلوك اللاسوي وتقليل أخطاء التفكير والذاكرة، يعتمد الباحثين الإكلينكيين على ثلاثة مناهج للبحث هي: المنهج الإكلينيكي، والمنهج الارتباطي ، والمنهج التجريبي.

أولا : المنهج الإكلينيكي *Clinical Method*.

يعتبر المنهج الإكلينيكي أحد المناهج الرئيسة في مجال الدراسات النفسية. وقد نشأ من الائتلاف بين تيارين هما: علم النفس المرضي والقياس النفسي . ذلك أن المرض حالة يستحيل استحداثها تجريبيا من حيث المبدأ، ومن ثم كانت ضرورة الالتجاء إلى المنهج الإكلينيكي (طه وزملاؤه ، *١٩٩٣ : ٧٧٢*). ويشير لاكاس *Logache* إلى المنهج الإكلينيكي " بالمنهج ذي النزعة الإنسانية " في مقابل " المنهج ذي النزعة الطبيعية " ، موضحا فروقا بين المنهجين كما يلي:

١- الموضوع : يهتم المنهج الإكلينيكي بالحالات الشعورية والتجارب الحية بينما يهتم المنهج الطبيعي بالسلوك الخارجي المباشر.
٢- الهدف : يؤكد المنهج الإكلينيكي على الفهم بينما يؤكد المنهج الطبيعي على التفسير.
٣- علاقة الكل بالجزء : يؤكد المنهج الإكلينيكي على الكل وهو سابق على الأجزاء ونتاجها ، بينما يؤكد المنهج الطبيعي على الأجزاء ويعدها سابقة على الكل .
٤- القيم : يهتم المنهج الإكلينيكي بالقيم والتوافق ، بينما يؤكد المنهج الطبيعي على الميكانيكية وإنكار الوظيفية والقيم (الداهري ؛ الكبيسي ، ١٩٩٩ :٤٣).

ويقوم المنهج الإكلينيكي على أسلوب دراسة الحالة بصورة كلية شاملة لكونها حالة متفردة في خصائصها وبنائها النفسي. فالطريقة الإكلينيكية تخدم مجال الدراسة للحالات السوية والمرضية بغرض الوصول إلى فهم خصائص الحالة والتشخيص والتنبؤ والعلاج لها، لكي يعيد الفرد بفضل أسلوب العلاج الملائم المقترح إلى التوافق من جديد مع الواقع ، في إطار متقبل منه، ومقبول من هذا الواقع (طه وزملاؤه ، *١٩٩٣ : ٧٧٢*).

دراسة الحالة. *Case Study*

تعتبر طريقة دراسة الحالة هي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي.وهي أساساً استطلاعية في منهجها، كما أنها تركز على الفرد وتهدف إلى التوصل إلى الفروض. ودراسة الحالة هي الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد ، عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية.وفي الموقف الإكلينيكي تتشابك المتغيرات

والعلاقات إلى الحد الذي يجعل المعالجة التجريبية أمراً صعبا في أغلب الأحوال، ولذلك فإن دراسة الحالة التي تدور أساسا حول الكائن الإنساني في تفرده، تكون الطريقة المفضلة لدى الإكلينيكي (مليكة ، ١٩٩٧ : ١٠٤).

والكثير مما نعرفه اليوم في علم النفس الإكلينيكي ، توصلنا إليه باستخدام طريقة دراسة الحالة . فمنذ عهد كريبلن، وضعت التصنيفات التشخيصية في الطب النفسي والعقلي عن طريق الملاحظة الدقيقة. كما أن طريقة دراسة الحالة كانت المجال الذي اكتشفت فيه نظرية التحليل النفسي ، ولازالت هي المجال الذي تواصل هذه النظرية عن طريقه نموها وتطورها، من حيث الفروض والأساليب .

بدايات طريقة دراسة الحالة .

أخذ علم النفس الإكلينيكي مصطلح " دراسة الحالة " عن الطب النفسي والعقلي. وقد استخدم المصطلح بالرغم من اعتراض بعض الإكلينيكيين على استخدام كلمة " الحالة " في الإشارة إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي. ويعني مصطلح " تاريخ الحالة " *Case history* أصلا تاريخ المرض الحالي أو الأمراض التي تشكل التاريخ الطبي للمريض. ويتحدث الباحثون في العلوم الإنسانية عادة عن " تاريخ الحياة " *Life History* ويطلقون على البيانات التي ستخلص منها هذا التاريخ مصطلح " الوثائق الشخصية " *Personal Documents* وبدخول الأخصائي النفسي إلى العيادة ، اتسع مصطلح " تاريخ الحالة " فأصبح يشمل التاريخ الطبي والاجتماعي للشخص ، مدعمين بالوثائق الشخصية وبيانات الاختبارات السيكولوجية ونتائج المقابلات . وهكذا فإن مصطلح " دراسة الحالة " يستخدم للإشارة إلى عملية جمع البيانات وإلى البيانات نفسها وإلى استخدامها إكلينيكياً(مليكة ، *١٩٩٧ : ١٠٥)*.

وقد استخدم منهج دراسة الحالة بكثرة في العشرينيات والثلاثينيات من القرن العشرين في دراسة السلوك الجانح ، وخاصة عند أصحاب مدرسة شيكاغو في علم الاجتماع. وطوال العقود المبكرة من القرن العشرين شاع استخدام منهج دراسة الحالة في ميادين علم النفس المرضي، والعلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على النمط الإكلينيكي (أبو حطب ؛ صادق ، *١٩٩١: ٧٤*).

أما الآن فإن الاهتمام الرئيس للأخصائي الإكلينيكي ينصب أساساً على استخدام هذه الطريقة في فهم السببية (الأتيولوجية) في المرض النفسي والعقلي وقد برز أخيرا اتجاه جديد يجمع بين طريقة دراسة الحالة والمنهج التجريبي ، كما فعل بايير *Baer* في دراسة أتيولوجية الجنسية المثلية ،وكذلك دراسة التفاعل المتبادل في عملية العلاج النفسي. و" الحالة " هنا ليست هي المريض ، ولكن عملية التفاعل المتبادل بين شخصين.

مزايا طريقة دراسة الحالة وعيوبها .

على الرغم من أن معظم العاملين في ميدان علم النفس الإكلينيكي يجمعون على ضرورة القيام في البداية بدراسة الحالة دراسة دقيقة ، فهناك فريق آخرلا يوافق على هذا الإجراء ، ومن هؤلاء أصحاب مدرسة العلاج المتمركز حول العميل ، ويعترف كارل روجرز *C.Rogers* مؤسس هذا الاتجاه بأن تاريخ الحالة له أهمية قصوى في عملية التشخيص ، إلا أنه يرى أن كل المعلومات التي يحتاجها الأخصائي من الممكن أن يحصل عليها خلال المقابلات العلاجية . فهو يرى أن المريض في هذه الحالة سيكون أكثر صدقا وأمانة عندما يدلي بخبراته السابقة أثناء المقابلات العلاجية مما لو أدلى بها في موقف يشبه التحقيق (الزيادي ،*١٩٨٠ : ٨٠*) .

وبصفة عامة فإنه يوجد بعض جوانب القصور التي تشكل مصاعب أساسية عند القيام بدراسة الحالة هي :

١- إننا في المحك العلمي- وخصوصا في بيئتنا العربية- يصبح من الصعب الحصول على الأشخاص الذين يمدوننا بمعلومات عن المريض ولاشك أن الحصول على تاريخ كامل للحالة يعتمد على تعاون المريض والأشخاص الآخرين المحيطين به ، لأنه لابد لنا من حد أدنى من المعلومات تمكننا من رسم صورة معقولة عن المريض تساعدنا في الحكم الإكلينيكي .
٢- صعوبة إعادة بناء تاريخ الفرد. ففي بعض الأحيان يصبح من الصعب الحصول على تسجيل صادق في تسلسله لوقائع حياة المريض ، وذلك لأننا اعتمدنا على ذاكرة المريض، ووالديه أو أقاربه.
٣- تعتبر دراسة الحالة طريقة ذات قيمة محدودة بالنسبة للأخصائيين النفسيين الذين يرغبون في التعميم على السلوك الإنساني *(Wade & Tavris , 1996 : 47*).

وبالرغم من هذه الصعوبات فهناك عدة مميزات لدراسة الحالة هي :

١- أن دراسة الحالة طريقة غنية بالتفاصيل التي تمكننا من خلق وصف نشط للشخص موضع الدراسة ،والمواقف والحوادث غير المرغوبة التي تعتبر غير واضحة في حياة هذه الشخص .

٢- أن هذه الطريقة ليست هدفاً في حد ذاتها ،بل هي توجه عملنا في البداية إذ إنها تساعد وضع فروض مبدئية عن الحالة ثم اختيار الأدوات الإكلينيكية الأخرى، التي تمكننا من اختبار صحة هذه الفروض (الزيادي ،١٩٨٠ : ٨١) .

٣- تقلل دراسة الحالة من أخطاء التشخيص الناجمة عن الأفكار المسبقة والنظريات الجامدة التي توجه فكر الباحث دون أن يكون لها صدقها عمليا. فبعض الباحثين يتعصبون أحيانا لنظرية معينة ويسعون إلى جمع المعلومات والحقائق التي تتلاءم مع هذه النظريات. وهنا سوف نلاحظ أمراً مهما في العمل الإكلينيكي وهو أن هناك صوراً مرضية متشابهة عند أفراد مختلفين ولكن أسبابها تختلف من مريض لأخر، كذلك قد نجد أحيانا أن هناك سببا واحدا عن أفراد مختلفين قد يؤدى إلى صور مرضية تختلف من مريض لآخر الأمر الذي يدعوننا بالضرورة إلى الاعتماد على تاريخ كامل لكل حالة على حد ومن ثم الاعتماد على المعلومات التي يمدنا بها المريض نفسه وتتبع أكثرها أهمية بدلا من تركيز الباحث على جانب محدود منها .

٤- تمكنا دراسة الحالة من تفسير نتائج الاختبارات ، فنتيجة أي اختبار لا يمكن أن تفسر وحدها وإلا فقدت معناها، فمثلا استجابة المريض في اختبار تفهم الموضوع لا يمكن تفسيرها إلا في السياق النفسي للمريض.

٥- كذلك تخدم دراسة الحالة كمصدر للأفكار عن فنيات علاجية جديدة أو كأمثلة على تطبيقية لفنيات علاجية حالية . فقد اعتقد فرويد ، على سبيل المثال أن دراسة حالة "هانز الصغير" أوضحت الجانب الكامن العلاجي للمدخل اللغوي للأطفال بالإضافة إلى الصغار .

٦- كما تساعد دراسة الحالة في دراسة المشكلات غير العادية التي لا تظهر بصورة متكررة لكي يمكن دراستها على أعداد كبيرة من الأفراد، فلعدة سنوات كانت المعلومات المتوفرة عن اضطراب تعدد الشخصيات تعتمد بشكل أساسي على دراسات الحالة ، مثل القصة المشهورة " ثلاث وجوه لإيف " وهي المرأة التي أظهرت ثلاث شخصيات متبادلة لكل منها ذكرياتها وتفصيلاتها وعاداتها الشخصية (*Comer* , 1998 : 32).

٧- هذا بالإضافة إلى أهمية دراسة الحالة في دراسة حالات معينة حين لا يمكن جمع المعلومات بطرق أخرى ، لوجود اعتبارات أخلاقية أو عملية أو عندما تحول ظروف معينة دون الكشف عن قضايا معينة .

وبصفة عامة لا يمكن إغفال الدور التشخيصي والتنبؤي والعلاجي الذي تساهم فيه دراسة الحالة ، على أن يتم جمع المعلومات فيها من خلال البحث في العديد من الجوانب في حياة الفرد.

مصادر المعلومات في دراسة الحالة .

تختلف المعلومات الواردة في دراسة الحالة باختلاف مصادرها، وتشمل :

١- الملاحظة الإكلينيكية للعميل من خلال المقابلة والفحص السيكولوجي وملاحظات الآخرين الذين يعرفون العميل.
٢- البيانات التاريخية المستمدة من السجلات والوثائق والمقابلات وتشمل: التاريخ الشخصي والعائلي والاجتماعي والمهني والتعليمي ، وهي البيانات التي تلقى الضوء على نشأة مشكلات العميل وأصولها.
٣- البيانات الكمية والكيفية المتمثلة في نتائج الفحوص الطبية والمعملية والاختبارات السيكولوجية (مليكة ، ١٩٩٢ : ٨٢).
٤- والمريض واحد من مصادر المعلومات في دراسة الحالة ، فقد يطلب منه أن يكتب تاريخ حياته بنفسه ، أو أن يكتب ما يعن له بحرية ودون قيد وقد يستطيع المريض أحيانا أن يقدم معلومات يوثق فيها عن جوانب في تاريخ حياته. والميزة الأساسية لاستخدام الوثائق في العمل الإكلينيكي هي أنها تيسر لنا أن نرى الناس كما يرون أنفسهم.
٥- وقد نحصل أيضاً على كثير من المعلومات عن المريض من مصادر أخرى مثل أفراد عائلته وأصدقائه ورؤسائه أو زملائه والأطباء المعالجين ومن السجلات المدرسية والطبية وسجلات جهات العمل والمحاكم. ولأنه لا يستبعد أن يحرف هؤلاء الأشخاص المعلومات عن المريض، لذلك فإنه من المفيد دائماً المقارنة بين المعلومات التي نحصل عليها من مصادر مختلفة.

معنى ذلك أن الباحث الذي يستخدم منهج دراسة الحالة عليه أن يلجأ إلى طرق متعددة ومصادر متنوعة لجمع المعلومات عن العميل، لكن مع احتمالية صعوبة الحصول على معلومات على درجة كبيرة من الصدق فإنه

يمكن استخدام منهجين آخرين هما: المنهج الارتباطي والمنهج التجريبي . فعلى الرغم من كونهما لا يقدمان العديد من التفاصيل مثل دراسة الحالة ، ولكنهما يساعدان الباحث في التوصل إلى استنتاجات وتحديد كيفية ظهور وخصائص السلوك اللاسوي في المجتمع الأكبر.

ثانيا : المنهج الارتباطي *Correlational Method*.

تستخدم كلمة الارتباط عادة كمرادف للعلاقة. وفنياً فأن الارتباط هو قياس عددي لاتجاه العلاقة بين شيئين أو أكثر وقوتها، هذه الأشياء قد تكون درجات أو أحداث أو أي شيء أخر يمكن قياسه وتسجيله. وفي الدراسات النفسية تسمى هذه الأشياء بالمتغيرات *Variables* لأنها يمكن أن تختلف بطرق يمكن قياسها كدرجات الذكاء ، والطول، والوزن ،والعمر فأي شيء يمكن قياسه وتقديره أو حسابه يمكن أن يصبح متغير *(Comer , 1998 : 34)*.

والمنهج الارتباطي هو طريقة للبحث يحاول فيها الباحث أن يحدد مدى التلازم في التغير بين متغيرين تابعين أو أكثر. لهذا على سبيل المثال يستخدم هذا المنهج للإجابة على تساؤل هل هناك ارتباط بين كمية الضغوط الحياتية التي يواجهها الأفراد ودرجة الاكتئاب لديهم؟ ويعد هذا البحث ارتباطيا؛ لأن علاقة السبب والأثر فيه غير واضحة كما هو الحال في البحث التجريبي وشبه التجريبي.فكل ما نحصل عليه هو وجود علاقة بين المتغيرين *(Wade & Tavris , 1996 : 57)* .

وقد يتطلب المنهج الارتباطي قياس متغيرين على الأقل ، ثم تحديد درجة العلاقة بينهما . وفي هذه الحالة يمكن أن يجرى البحث الارتباطي على مجموعة واحدة . ومن ذلك مثلا أن يقيس الباحث العلاقة بين الاتجاهات الوالدية (كاتجاه الرفض) ونمو شخصية الطفل، ثم يحسب العلاقة بين المتغيرين بالنسبة لمجموعة من الأطفال. والأسلوب الإحصائي الذي يستخدم في هذه الحالة يسمى "معامل الارتباط" والذي يحدد التغير الاقتراني بين المتغيرين، والذي يتراوح بين العلاقات الموجبة التامة والعلاقات السالبة التامة ، وبينهما توجد العلاقات الجزئية موجبة أو سالبة والعلاقات الصفرية (التي تدل على عدم وجود علاقة بين المتغيرين). وبعبارة أخرى فإن معامل الارتباط يتراوح بين +١ إلى -١ وعادة ما يكون في صورة كسر عشري (أبو حطب ، صادق ، *١٩٩١: ٩٥)*.

وتدل العلاقة الموجبة (+١ وما هو أقل منها) على أن العلاقة طردية بمعنى أن الزيادة في أحد المتغيرين تؤدي إلى زيادة المتغير الآخر والنقص في المتغير الأول يؤدي إلى نقصان المتغير الآخر ومن ذلك العلاقة بين الذكاء والتحصيل الدراسي. أما العلاقة السالبة(-١ وما هو أكبر منها) فقد تدل على أن العلاقة عكسية ، ومعنى ذلك أن الزيادة في أحد المتغيرين تؤدي إلى نقصان المتغير الآخر والعكس صحيح ، ومن ذلك العلاقة بين القلق والتحصيل الدراسي، وقد تكون العلاقة صفرية (أو مقداراً ليس له دلالة إحصائيا) ، ويعني ذلك إنه لا توجد علاقة بين المتغيرين أي لا توجد وجهة محددة لاتجاه العلاقة بين المتغيرين، ومن ذلك العلاقة بين الذكاء وطول القامة.

وبالإضافة إلى معرفة اتجاه العلاقة يحتاج الباحثون إلى معرفة مقدار العلاقة. فقد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا كبيرا ، أو ترتبط إلى حد ما، أو لا ترتبط كلية. ويتوقف مقدار الارتباط بصفة عامة على الدرجة التي تصاحب فيها الزيادة أو النقصان في أحد المتغيرين بزيادة أو نقصان في المتغير الآخر- سواء كان ذلك في الاتجاه نفسخ أو في الاتجاه المضاد(دالين ، *١٩٩٧ : ٣٢٤*). فمعامل الارتباط البالغ *٠,٩* لا يساوي معامل آخر مقداره *٠,٥ أو٠,٢* حتى لو كانت جميعها دالة إحصائيا. فمقدار معامل الارتباط الذي يقترب من الواحد الصحيح يدل على قوة العلاقة بين المتغيرين. وكلما اقترب معامل الارتباط من الصفر دل ذلك على ضعف هذه العلاقة .

وتساعد الأبحاث الارتباطية الباحثيين النفسيين في وضع تنبؤات عامة عن المتغيرات إذا عرف كيفية ارتباطها معا ، ولأن الارتباط نادرا ما يكون تاماً فإن التنبؤ عن فرد معين قد يكون غير دقيق *(Wade & Tavris* , 1996 : 58) وفي جميع الحالات علينا أن نضع البحث الارتباطي في سياقه الصحيح ، أي أنه لا يتضمن علاقة سببية وإنما تبين في صورة كمية إلى أي حد يرتبط المتغيران : إنها لا تعني بالضرورة وجود علاقة سبب- نتيجة، ويتم تفسير معنى العلاقة عن طريق التحليل المنطقي لا بالتقدير المنطقي . فمن الطبيعي أن هناك دائما الاحتمال بأن العلاقة التي وجدت بين المتغيرين ترجع إلى مجرد الصدفة أو إلى بعض العوامل الأخرى (دالين ، *١٩٩٧ : ٣٢٥*). وباختصار فالارتباط لا يعني السببية ، فالبحث عن السببية يتطلب استخدام المنهج التجريبي .

ثالثا : المنهج التجريبي *Experimental Method*

عادة ما يفترض الباحثون تفسيرات للسلوك تعتمد على الدراسات الوصفية ، ولكن لتعقب الأسباب الحقيقية للسلوك فإنهم يعتمدون بشكل كبير على المنهج التجريبي. حيث تسمح التجربة للباحث بالتحكم في الموقف موضع الدراسة (*Wade & Tavris , 1996 :59*).وبدلا من أن يقصر نشاطه على ملاحظة ما هو موجود ووصفه ، يقوم عامدا بمعالجة عوامل معينة تحت شروط مضبوطة ضبطا دقيقا ، لكي يتحقق من كيفية حدوث حالة أو حادثة معينة، ويحدد أسباب حدوثها. فالتجريب هو" تغير متعمد ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما، وملاحظة التغيرات الناتجة في الحدث ذاته وتفسيرها" (دالين ، *١٩٩٧ : ٣٤٨*).

والتجربة هي نوع من الملاحظة المقننة أو المضبوطة إلا أنها تتميز عن الملاحظة في أنها تتطلب تدخلا ، أو معالجة يقوم بها الباحث أو المجرب. فالمجرب هو الذي يصطنع أحد العوامل أو المتغيرات ويتحكم فيه ويعالجه، ولهذا يسمى المتغير المستقل *Independent Variable* ثم يلاحظ ما إذا كان عاملا أو متغيرا آخر(أو مجموعة أخرى من العوامل والمتغيرات) تختلف تبعا لاختلاف المتغير المستقل وكيف يحدث هذا الاختلاف، ويسمى هذا العامل الآخر بالمتغير التابع *Dependent Varible* .وفي كل تجربة على الأقل متغير تابع وآخر تجريبي، أما باقي العوامل والمتغيرات فيجب أن تظل ثابتة أي لا يسمح لها بالتغير، وفي هذه الحالة توصف هذه المتغيرات الدخيلة بأنها تم التحكم فيها حتى لا تتدخل في تفسير النتائج
(أبو حطب ؛ صادق ، *١٩٩١ : ٩٨*).

وقبل أن يقوم الباحث بتجربته عادة ما يصوغ " فرضا" يتطلب الاختبار فالفرض يقترح أن حالة ما (متغيرا مستقلا) يؤدي إلى حدوث حالة أخرى أو حدث ،أو أثر (متغير تابع). وليس التجريب مجرد التحكم في أحد المتغيرات لنرى ما يحدث لمتغير آخر . وإنما يعتمد التجريب على الملاحظة المضبوطة، وأهم واجب يواجهه الباحث حينما يخطط التجربة أن يتمكن من ضبط جميع العوامل التي تؤثر في المتغير التابع. حيث تتحدد جودة التجربة إلى حد بعيد بالدرجة التي تقدم بها ضوابط صارمة. وقد يحاول الباحثون اختبار صحة فروض غير واضحة في صياغتها ودون محاولة التعرف على العوامل التي تؤثر في المتغير التابع وضبطها، وبالتالي فإن نتائج دراستهم لا يمكن قبولها كتجارب علمية. ذلك أن من أكبر الأخطاء التي يمكن أن يقع فيها

الباحث ، الاندفاع إلى وضع تصميم تجريبي قبل أن تتوفر لديه معرفة كافية بالعوامل المناسبة التي يجب عليه ضبطها (دالين ، ١٩٩٢: ٣٥٠-٣٥٢).

أنواع المتغيرات التي يجب ضبطها :

ما هي أنواع المتغيرات التي يجب على الباحث ضبطها في تجربته ؟ يمكن القول بصفة عامة إنه توجد ثلاثة أنواع من العوامل: (١) العوامل التي تنشأ من المجتمع الأصلي للعينة،(٢) والعوامل التي تنبع من إجراءات الاختبار التجريبي (٣) والعوامل التي ترجع إلى مؤثرات من المصادر الخارجية.

طرق ضبط المتغيرات :

ابتكر الباحثون عددا من الطرق لضبط المتغيرات ، واقترح براون *Brown* وجيزيللي*G hiselli* تصنيفها إلى ثلاث فئات هي :

١- التحكم الفيزيقي : فقد تستخدم طرق متعددة من التحكم الفيزيقي لكي نخضع جميع المفحوصين للدرجة نفسها من التعرض للمتغير المستقل أو نضبط المتغيرات غير التجريبية التي تؤثر في المتغير التابع. ولتحقيق ذلك قد تستخدم وسائل ميكانيكية (كاستخدام حجرة عازلة للصوت أو الضوء)، كما يمكن استخدام وسائل كهربية (مثل استخدام الباحث لمحركات ذات سرعة ثابتة لتشغيل أنواع مختلفة من الأجهزة)، وقد تستخدم أساليب جراحية ، كما يمكن أيضاً أن تستخدم وسائل " فرماكولوجية " مثل التغير في تغذية المفحوصين أو إعطائهم عقاقير معينة.

٢- التحكم الانتقائي : لأن هناك بعض المتغيرات لا يمكن ضبطها بالتحكم الفيزيقي المباشر ، فقد يحقق الباحث ضبط هذه المتغيرات من خلال اختيار المواد المستخدمة في التجربة، أو اختيار المفحوصين.

٣- التحكم الإحصائي : حينما لا يتيسر خضوع المتغيرات للتحكم الفيزيقي أو التحكم الانتقائي ، فإنه يمكن ضبطها بالطرق الإحصائية. ويمكن أن تحقق عمليات الضبط الإحصائي المستوى نفسه من الدقة . وتفيد هذه الطرق بصفة خاصة في المواقف التي قد تساهم فيها متغيرات متعددة في إحداث أثر معين. ولتوضيح ذلك ، نفرض أن " أ " ، "ب" ،"ج" ثلاثة متغيرات تباشر تأثيرها في المتغير التابع "س" في أن واحد ، فإذا توصلنا إلى معرفة العلاقة بين " أ " و"س " فقط فإن النتائج تكون

خادعة لأن المتغير " أ " هو في جزء منه نتاج لتفاعله مع "ب" ،"ج" ولذلك لابد من إيجاد طرق معينة لتثبيت المتغيرين "ب" "ج" لكي تيسر تحديد العلاقة بين " أ " ، و" س" وتمكننا الطرق الإحصائية من ذلك وبالتالي تعطي تقديرا للأهمية النسبية لما يسهم به كل متغير مستقل من أثر في المتغير التابع (دالين ، ١٩٩٢: ٣٥٩).

نماذج التصميمات التجريبية .

يجب على الباحث – قبل إجراء أي دراسة – اختيار تصميم تجريبي مناسب لاختبار صحة النتائج المستنبطة من فروضه.هذا ويوجد في الوقت الحاضر تصميمات تجريبية جيدة عديدة. وتعتمد تسمية التصميم التجريبي على عاملين :

أولهما : عدد المتغيرات المستقلة المستخدمة أو المعالجة في البحث.

وثانيهما : الطريقة التي يتم بها توزيع المفحوصين على مستويات كل متغير من المتغيرات المستقلة.

فمن حيث عدد المتغيرات المستخدمة أو المعالجة في البحث (الأبعاد) يوصف التصميم التجريبي بأنه تصميم البعد الواحد، أو تصميم البعدين، أو تصميم الأبعاد الثلاثة...الخ . ويستخدم المصطلح (بُعد) هنا كمرادف لمصطلح متغير مستقل.

أما من حيث الطريقة التي يتم بها توزيع المفحوصين على مستويات كل متغير مستقل فتتم معالجته في التصميم التجريبي، هنا توجد طريقتان:

أولهما : أن يتم تعريض جميع المفحوصين لجميع المعالجات ، وحينئذ تكون المجموعات مرتبطة أو تكون المقاييس المستخدمة في قياس المتغير التابع متكررة .

وثانيهما: أن يتم توزيع المفحوصين على نحو مستقل أي لا ترتبط مجموعات المعالجات المختلفة بعضها ببعض

(مجموعات غير مرتبطة) بحيث يكون لكل معالجة مجموعة منفصلة مستقلة

(أبو حطب ؛ صادق *١٩٩١: ٣٩٥-٣٩٦*).

وبناء على التقسيمات السابقة هناك العديد من التصميمات التجريبية نذكر منها :

١- تصميم المجموعة الواحدة : ويعتبر من أبسط التصميمات التجريبية حيث يستخدم مجموعة واحدة فقط من المفحوصين، فيلاحظ الباحث أدائهم قبل تطبيق المتغير التجريبي أو إبعاده وبعده ويقيس مقدار التغير الذي يحدث.

٢- وهناك تصميم المجموعات المتكافئة : وفيه يستخدم مجموعتين متكافئتين من المفحوصين في الوقت نفسه ، وتسمى المجموعة الثانية المجموعة الضابطة حيث تخدم كمرجع للمقارنة .

٣- تصميم تدوير المجموعات : ويشيع استخدام هذا النوع في المواقف التي لا تيسر فيها إلا عدد محدود من المفحوصين. وفيه يقوم الباحث بتطبيق المتغيرات المستقلة نفسها على المجموعات المختلفة، في فترات مختلفة.

وبشكل عام لا يوجد تصميم تجريبي واحد يمكن استخدامه في دراسة جميع المشكلات، وإنما تحدد طبيعة المشكلة التصميم الذي يعتبر أكثر ملاءمة لها .

الفصل الثاني

أدوات جمع البيانات في علم النفس الإكلينيكي

بعد أن أوضحنا المناهج الرئيسة التي تستخدم في علم النفس الإكلينيكي، فإنه لتيسير عملية التشخيص والتقييم يلجأ المتخصصون إلى مجموعة من الوسائل في جمع البيانات أبرزها:

١- القيام بالملاحظات الإكلينيكية.
٢- إجراء المقابلات.
٣- استخدام الاختبارات النفسية ومقاييس الشخصية.

أولا : الملاحظة :

الملاحظة هي أداة مهمة وأساسية في تقييم العميل في العمل الإكلينيكي تهدف إلى جمع بيانات يصعب جمعها بأدوات أخرى ، أو استكمال بيانات في تقييم متعدد الجوانب والأدوات.

وقد تكون الملاحظة مباشرة كما يحدث في المقابلة التشخيصية ، ومن خلال تطبيق الاختبارات السيكولوجية. أو قد تكون غير مباشرة عن طريق استقاء المعلومات من الأشخاص الذين أتيحت لهم فرصة مباشرة لملاحظة العميل ،كما هو الحال مثلا في تقييم النضج الاجتماعي. وتفيد الملاحظة بخاصة إذا جمعنا بينها وبين أدوات أخرى للكشف عن الاتساق أو عدم الاتساق بين البيانات من المصادر المختلفة(مليكة ، *١٩٩٧: ١٧٣*).

وقد تكون أيضاً هي الأداة العلمية في الحالات التي لا يكون لدى الإكلينيكي الوقت الكافي، أو التي تتطلب أكثر من تقديرات تقريبية ، فهي الخطوة الأولى لأن يكون لدى الأخصائي وصف جيد للسلوك قبل أن يحاول أن يقوم بتفسيره *(Wade & Tavris , 1996 : 49)*.

ونحن نستخدم الملاحظة للتوصل إلى علامات عن مركبات أساسية غير ملحوظة منها أنماط السلوك غير الملحوظ ونظم الدوافع ، وهي مركبات يتعين أن يستنتجها الإكلينيكي لكي يضفي معنى على السلوك. وإذا كان السلوك الظاهر قد سبق اللغة فإنه يمكن القول إن الملاحظة سبقت المقابلة تاريخياً بوصفها مصدر بيانات للتقييم. ولعل إنسان ما قبل التاريخ قد تعلم كيف يحكم على مقاصد غيره من الناس على أساس أفعالهم مثل عرض الطعام ، أو رفع حجر...الخ الإكلينيكية: (مليكة ، *١٩٩٧: ١٧٥)*.

منهج الملاحظة الإكلينيكية :

تشـــتمل الملاحظـــة علـــى : اختيـــار *Selection* ، واســـتثارة *Provocation* وتســجيل *Recording* ، وتشــفير أو ترميــز *Encoding* السـلوك. فيتعـين علـى الملاحـظ الإكلينيكـي أولاً أن يختـار مـا يلاحظـه مـن أشخاص، وفئات السلوك، والأحداث والمواقف، وأوقات الملاحظة ، ثم يتعين عليه ثانياً أن يقرر ما إذا كان يستثير سلوكاً أو موقفاً أم ينتظر حدوث السلوك بصورة طبيعية ، ثم ثالثا يخطط لطريقة تسجيل الملاحظات: هل يعتمد علـى الـذاكرة أم التسـجيلات. وأخيـراً يتعـين أن يسـتعين بنظـام تشـفير أو ترميـز الملاحظات الخام في صورة قابلة للاستخدام (مليكة ،*١٩٩٧ : ١٧٦)*.

أنواع الملاحظة .

إن إحدى الطرق السهلة لجمع معلومات عن الشخصية ، هـي النظـرة الداخلية إلى خبراتك الخاصـة ،ويسمى هذا الأسلوب الملاحظـة الذاتيـة، وهو أسلوب متاح لكل فرد. فإذا أردت أن تفهم الشخصية بشكل عام فربما عليك أن تلقي نظرة على شخصيتك أنت فعلى سبيل المثـال ، اجلس وفكر فـي بعض الأحداث التي حدثت في حياتك مؤخراً ، وفكر فيما قمت بـه ، وكيف شعرت *. (Carver, 1984: 18)*

ويشيع استخدام هذه الطريقة مع الراشدين والمراهقين وأحيانـا مـع الأطفال. حيث يقوم العميل بتسجيل ملاحظاته كتابةً عن تواتر أو دوام أو شدة جوانب معينة من سلوكه. ولكن هذه الطريقة لا تيسر الإجابة على أسئلة مهمة . فمثلا ما الذي حدث وأدى إلـى وقف المذاكرة لفترة وتستخدم لهذا الغرض سـجلات أكثـر تفصـيلا تسـمى" المـذكرات اليوميـة السـلوكية " *Behavior Diaries*. ففي ملاحظة سلوك التدخين مثلا تسجل بيانـات عن الزمن الذي حدث فيه السلوك وشدة إلحاحه على الفرد مقدرا بدرجات علـى مقيـاس تقدير ، ويسجل المكان ، وهل حدث التدخين مثلا بمصاحبة آخرين ، ومجموع عدد السجائر المستهلكة وهكذا.

أما الطريقة الثانية فهي أن تلاحظ شخصاً آخر وهي الأكثر استخدام. وبشـكل عـام يصـنف برنستين*Bernstein* الملاحظـة إلـى : ملاحظـة طبيعيـة وملاحظــة مضــبوطة، وينقسـم كـل مـن النـوعين إلــى : ملاحظــة مشــاركة وملاحظة غير مشاركة كما قد ينقسم كل من النـوعين الآخـرين إلـى ملاحظـة بواسطة الإنسان أو ملاحظة آلية (ميكانيكية).

١- الملاحظة الطبيعية :

من طرق البحث التي يفضلها الباحثون في العلوم الإنسانية والاجتماعية وتعني ملاحظة الإنسان في محيطه الطبيعي ، في المنزل أو المدرسة أو العمل . وفيها يقل إحساس العميل بأنه موضع ملاحظة ، فلا يحتاج إلى خلق انطباع معين. ويمكن أن تدوم الملاحظات الطبيعية لفترات طويلة أو لفترات مستمرة .

وفي علم النفس الإكلينيكي ، يركز الباحثون الإكلينيكيون على ملاحظة السلوك الذي يمكن أن تستنتج منه خصائص الشخصية ، كما يركزون على تقويم طبيعة التغيرات في المشكلات التي أوصلت العميل إلى العيادة.

ويصنف رايت *Wright* طرق الملاحظة الطبيعية إلى نوعين : أحدهما يسميه الملاحظة المفتوحة وهي التي يجريها الباحث دون أن يكون لديه فرض معين يسعى لاختباره، وكل ما يهدف إليه هو الحصول على فهم أفضل لمجموعة من الظواهر السلوكية التي تستحق مزيدا من البحث اللاحق. أما النوع الثاني فيسميه رايت الملاحظة المقيدة، وهي تلك التي يسعى فيها الباحث إلى اختبار فرض معين وبالتالي يقرر ماذا يلاحظ ومتى.

وبالطبع لا يمكن للباحث أن يلاحظ جميع جوانب السلوك في الفرد أو العينة في وقت واحد ، ولهذا تعتمد جميع طرق الملاحظة على استراتيجية اختيار بعض جوانب السلوك فقط لتسجيلها(أبو حطب؛ صادق ، *١٩٩١ : ١٣٠*).

بعض ضوابط استخدام الملاحظة الطبيعية :

توجد مجموعة من الضوابط التي يجب التنبه إليها قبل استخدام طريقة الملاحظة الطبيعية :

١- أن يكون الباحث منتبها إلى سلوكه أثناء الملاحظة حتى لا يقع في أخطاء التحيز، والذي يتمثل في ميله إلى تدعيم فكرته المسبقة عن السلوك الإنساني.
٢- ألا يتجاوز حدود مهمته بالتدخل في عملية التسجيل التي يقوم عليها الوصف الدقيق للظواهر وتحويلها إلى مستوى التفسير.
٣- تحتاج طرق الملاحظة الطبيعية إلى التدريب على رؤية أو سماع ما يجب رؤيته أو سماعه وتسجيله.

٤- من المشكلات المهمة في طريقة الملاحظة الطبيعية أن وجود ملاحظ غير مألوف بين المفحوصين يؤثر في سلوكهم ، ومن أحد طرق التغلب على هذه المشكلة استخدام آلات التصوير بالفيديو ، وآلات التسجيل السمعي مع وضعها في أماكن لا ينتبه إليها المفحوصون.

٢- الملاحظة المضبوطة .

قد يصعب في كثير من الحالات القيام بالملاحظة الطبيعية. ومنها مثلا ملاحظة استجابة الشخص لمواقف الشدة ، إذ قد ينقضي وقت طويل ويبذل مجهودا كبيرا قبل حدوث هذا الموقف ، وحتى إذا وقع الحدث، فإن أموراً أخرى قد تقع لتفسير عملية الملاحظة. ولذلك لجأ الباحثون إلى" الملاحظة المضبوطة " التي تلاحظ فيها استجابة العميل لأحداث مخططة ومقننة، وبحيث تيسر للباحث التحكم في طبيعة المنبهات وتوقيتها ، وذلك هو ما يحدث الاختبارات والمواقف المصغرة. وهناك بعض الأساليب التي تستخدم في هذه الطريقة مثل :

- ✓ اختبارات لعب الأدوار : قد يخلق الإكلينيكي أو أشخاص آخرون موقفاً متخيلاً ، يطلب فيه من العميل أن يتصرف " كما لو كان " في موقف معين أي أن يلعب دوره الحقيقي العادي. ويشكل لعب الأدوار حجر الزاوية في العلاج بالسيكودراما .
- ✓ مقاييس الأداء : هنا قد يواجه العميل فعلاً صورة من موقف له دلالة إكلينيكية ونلاحظ استجابته في هذا الموقف.
- ✓ مقاييس التقدير في الملاحظة : وهي ليست أكثر من صياغة شكلية تهدف إلى وضع العميل في فئة أو موضع أو نقطة على متصل للسمة التي تقدر. كأن تقدر مثلاً درجة القلق أثناء تأدية الاختبار في إحدى الفئات
(معدوم – قليل – متوسط – شديد).

أساليب تسجيل الملاحظة .

لأنه لا يمكن للباحث أن يلاحظ بطريقة عرضية أو ارتجالية، فقد ابتكرت أدوات متعددة لتساعد الباحث في إجراء ملاحظات أكثر موضوعية وثباتا.

ومن هذه الأساليب:

١- بطاقات الملاحظة : كثيرا ما يعد الباحثون بطاقات الملاحظة أو استمارات البحث ؛ لتيسير عملية تسجيل البيانات . ويسجل في هذه الوسائل عدداً من البنود التي تتعلق بالمشكلة، وتجمع في فئات إن أمكن،

ويترك بعد كل بند مسافة للملاحظ ، تكتب فيها كلمات وصفية قليلة. وتساعد هذه الوسائل في عدم إغفال أي دليل ، وتمكن من تصنيف البيانات .

٢- العينة الزمنية : تتطلب هذه الطريقة أن يسجل الفرد تكرار الصور الملاحظة للأحداث ، خلال عدد من الفترات الزمنية المحددة، الموزعة توزيعا منتظما .

٣- اليوميات السلوكية والسجلات القصصية:تستخدم أحيانا في جمع البيانات ، طرق أقل شكلية . فقد يكتب الباحث تقريرا واقعيا عما قاله أحد المفحوصين أو فعله في موقف ملموس ، وبدون تاريخ، ويصف الموقف الذي حدثت فيه ، وبعد تجميع سلسلة من هذه الملاحظات المباشرة لسلوك مهم خلال فترة زمنية ، قد يتجمع لديه بيانات كافية تبصره بنمو المفحوص وتطوره وتكيفه .

٤- الآلات الميكانيكية : لا تتأثر الآلات الميكانيكية بعوامل التحيز الشخصي ولا أخطاء الذاكرة ، بل تحفظ تفاصيل الواقعة في صورة يمكن إعادتها، بحيث يمكن أن يدرس الوصف الكامل لحدوثها بواسطة الباحث مرات متعددة وبعمق(دالين ، ١٩٩٧ : ٤٢٣).

تقويم أدوات الملاحظة .

هل يمكن التأكد من ثبات الملاحظة وصدقها بالرغم من أنها مباشرة وموضوعية ؟

١- ثبات الملاحظة .

وأكثر صورها شيوعا هو الاتفاق بين تقديرات الملاحظين. وتشير النتائج إلى إنه يمكن الوصول إلى معاملات ثبات مرتفعة ، ولكن ذلك يتوقف على عوامل منها : عدم تعقد موضوع الملاحظة، وكذلك معرفة الملاحظين بأن درجة الاتفاق بينهم سوف تكون موضع اهتمام ، تدريب الملاحظين .

٢- صدق الملاحظة .

تكمن المشكلة الأولى في صدق المقابلة في توضيح ما يقاس ، فمثلا في ملاحظة تأكيد الذات أو الاكتئاب ، فان الأمر يتوقف على ما يعتقد الباحث أنه يشكل مؤشرات على تأكيد الذات أو الاكتئاب. ومن الطرق المألوفة الكشف عن مدى الارتباط بين نتائج نظم الملاحظة وتقديرات من يعرفون العميل في السمة موضوع الملاحظة. وبدلاً من أتباع المنهج المنطقي في إعداد نظم الملاحظة ، يلجأ الباحثون إلى أتباع المنهج الامبريقي ، أي إنه بدلا من تقرير

مسبق عن مؤشرات القلق مثلا ، فإن الباحث يسجل كل سلوك العميل خلال فترة الملاحظة ويصنفه ثم يحاول الكشف عن أنماط سلوكية ترتبط بمحكات أخرى مثل التقارير الذاتية والمؤشرات الفسيولوجية ...الخ.

ثانياً : المقابلة .

لا يعتمد الإكلينيكيون في دراسة الحالة، على أية طريقة في الحصول على معلومات عن الفرد بالقدر الذي يعتمدون فيه على المقابلة. وربما اعتمدت قيمة المقابلة على خبرة الإكلينيكي ومهاراته أكثر من اعتماد أي إجراء تقويمي آخر عليهما.

فالقدرة على كسب ثقة المريض، وجعله يشعر بالارتياح ، وتقليل دفاعه أو خوفه من النقد بحيث يتكلم عن مشكلاته بأكبر قدر ممكن من الصراحة ، وكذلك القدرة على ملاحظة جميع أساليب سلوك المريض وتقويمها هي من المهارات الضرورية للإكلينيكي. وبالإضافة إلى ذلك فمن بين المهارات الأساسية للإكلينيكي البارع معرفته بالموجهات التي يتبعها ، وكيف يقترب من المريض بطريقة غير مباشرة عندما يقاوم المريض أية أسئلة مباشرة موجهة إليه، وأخيراً كيف يّقوم المعلومات التي توصل إليها (روتر ، ١٩٨٤: ١١٥).

لهذا تعتبر المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي وغيره من العلوم. وتبرز أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي من حقيقة كونها الأداة الرئيسة التي يستخدمها الأخصائيون في مجالي التشخيص والعلاج النفس (إبراهيم ، عسكر ، ٢٠٠٨: ١٠٧).

وفي الممارسة الإكلينيكية المعاصرة فإن التمييز الحاد السابق بين التقييم والمقابلة العلاجية قد تطور ليصبح مسألة اختلاف في درجة التأكيد أكثر من أن يكون اختلافاً في الإجراءات . ويصعب الفصل بين التقييم والعلاج ، وبين المقابلة وغيرها من أدوات التقييم مثل الاختبارات والملاحظة التي تتم في كل من المقابلة والاختبار.

وتجرى المقابلة ذات التوجه التقييمي عادة في مرحلة مبكرة من مراحل اتصال العميل بالعيادة ، ويكون غرضها الرئيس- وليس الوحيد- هو توضيح فهم الإكلينيكي لمشكلات المريض كي يستطيع التخطيط للتدخلات العلاجية ، وعلى العكس من ذلك فإن المقابلة العلاجية تصمم كي تيسر فهم المريض لمشكلاته وبقصد إحداث تغيرات مرغوبة في المشاعر والسلوك. إلا أنه في كل من النوعين من المقابلة ، فإن الإكلينيكي يستكمل بالضرورة فهمه

للمريض ، ومن ثم فإنه حتى في المقابلة التقييمية المبكرة ، فإن الإكلينيكي يقوم بدور علاجي. وهكذا فإن معرفة مشكلات المريض وبذل الجهد لحلها هما مرحلتان متشابكتان من عملية مستمرة (مليكة ، ١٩٩٧ : ١٢١).

١- تعريف المقابلة وأنواعها :

تعريف المقابلة .

تشير المقابلة إلى محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والقائم بالمقابلة *(Bootzin & Acocella , 1988 : 149)*.وهي أداة كما يرى بورج *(Borg* *1980)* , يتم بواسطتها جمع المعلومات من خلال التفاعل المباشر بين الأشخاص ، وهذا التفاعل قد يكون سببا من مزايا وعيوب المقابلة كأداة من أدوات البحث العلمي .

كما يعرفها (إبراهيم، عسكر، ١٩٩٨) بأنها " موقف تواصل لفظي (محادثة) بين اثنين أو أكثر، بهدف الوصول إلى معلومات من أحد الطرفين (الحالة أو المريض) أو التعديل من جوانب معينة من سلوكه ".

ويعتبر تعريف بنجهام ومور *Bingham & Moore* عام ١٩٢٤ من أفضل التعريفات وأقصرها حيث ذكرا أن المقابلة هي " محادثة موجه لغرض محدد غير الإشباع الذي تحققه المحادثة نفسها".

أنواع المقابلة :

تختلف أنواع المقابلات باختلاف الهدف أو الغرض الذي تجرى من أجله المقابلة، وعدد المشتركين،فيها ودرجة الضبط والدقة. فإذا ما صنفت حسب أهدافها فستكون المقابلة المسحية، والتشخيصية والعلاجية، والإرشادية والمهنية. وإذا صنفت حسب المشتركين فيها فستكون المقابلة الفردية ، والجماعية. أما إذا صنفت حسب درجة الضبط والدقة فستنقسم إلى المقابلة المقننة ، وغير المقننة (الداهري ، الكبيسي ، ١٩٩٩ : ٥٥).لهذا يختلف العلماء في تحديدهم للأنواع المختلفة من المقابلة. إلا أنه يمكن تحديد عدة أنواع للمقابلة في المجال الإكلينيكي كما يلي :

١- المقابلة التشخيصية .

تعد المقابلة الإكلينيكية التشخيصية الوسيلة ذات الفاعلية الأولى في تحديد المشكلة وصياغتها صياغة فنية تتيح وضع هذا المرض أو ذلك في أفضل قالب يمكن الاعتماد عليه ، والرجوع إليه في كافة الإجراءات التنبؤية والعلاجية اللاحقة ، وربما اعتمدت قيمة المقابلة على خبرة الإكلينيكي

ومهارته أكثر من اعتماد أي إجراء تقويمي آخر عليها (سلامة ؛ عسكر ، ١٩٩٢ : ١٤٣).

وقد نشأت المقابلة التشخيصية أساساً من خلال الممارسات في المستشفى وفي ظلال فكر كريبلين ، ولازالت مثل هذه المقابلة تستخدم على نطاق واسع مع المرضى الذهانيين.

والمقابلة التشخيصية هي عبارة عن موقف بين الأخصائي والحالة التي يدرسها ، محاولا التعرف على كل جوانبها، والظروف المحيطة بها مما يساعده في تفسير سلوك صاحبها.

كما تركز أيضاً على فهم الأخصائي للأعراض المرضية والاضطرابات لدى الحالة ، ومتى ظهرت ،وكيف تطورت ....الخ.

وعلى الرغم من تركيز المقابلة التشخيصية على دراسة الأعراض التي تظهر على الحالة حتى يمكن وصفها بدقة . فإن المقابلة التشخيصية ليس الهدف منها مجرد وضع المريض في فئة إكلينيكية محددة ، وإنما الهدف هو محاولة الكشف عن ديناميات سلوك المريض، وفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى الصورة المرضية الحالية (الزيادي ،١٩٨٧ : ١٠١).

ويرى كورشين *Korchin* *عام ١٩٧٦* أن المقابلة التشخيصية يجب أن تغطي عدة مجالات هي:

(١) العمليات العقلية وطرق التفكير.
(٢) الخلل الحسي والإدراكي.
(٣) الوعي بالزمان والمكان والأحداث والأسماء
(٤) التعبيرات الانفعالية.
(٥) الاستبصار الداخلي ومفهوم الذات .
(٦) السلوك العام والمظهر الشخصي (عمر ، ١٩٩٩ : ٢٨٣) .

وبالتالي يحتاج إجراء المقابلة التشخيصية إلى ضرورة الحصول على معلومات كافية من المريض تتضمن :

١) التاريخ السابق للمريض : وكيف تطورت وظهرت أعراضه المرضية والمآل الذي قد تشير إليه .
٢) فحص عمليات التفكير : وقدرة المريض على التعامل بالمفاهيم المجردة واستخدام اللغة، والتذكر القريب أو البعيد ، والقدرة على حل المشكلات المعقدة ....الخ.

٣) اضطرابات الإدراك : كالهلاوس ، والخداعات البصرية ، والجمود الإدراكي .
٤) الانتباه والوعي : أي مدى ما عليه من تشتت ، أو اضطراب في إدراك الزمان أو المكان ، أو القدرة على الانتباه لفترة معينة والتركيز.
٥) الاستبصار بالمرض ومفهوم المريض عن ذاته : أي قدرة المريض على إدراك الأسباب التي أدت إلى مرضه ، ونظرته إلى نفسه إذا ما كانت واقعية أو مشوهة.
٦) المظهر والسلوك : تعبيرات الوجه ، الملبس ، أي لوازم حركية أو حسية بارزة ، طريقته في التعبير عن نفسه (إبراهيم ؛ عسكر *١٩٩٨: ١٠٩)*.

٢- المقابلة المقننة (المقيدة) :

تقترب المقابلة المقننة إلى حد كبير من الاختبار السيكولوجي. حيث يتم فيها توجيه الأسئلة نفسها، بنفس الطريقة عامة والترتيب لكل مفحوص (دالين ، *١٩٩٧ : ٤٠٢*).

ويستخدم السيكولوجي المقابلة المقننة عندما يرغب في الحصول على تقدير أو درجة أو قيمة لتقويم خاصية معينة . وعلى الرغم من المقابلة المقننة تستخدم أحيانا في العمل الإكلينيكي فإنها تستخدم أساساً في أغراض البحث العلمي، والتصنيف والتحديد الجمعي لطبيعة مشكلة من خلال استخدامات إحصائية من قبل تحليل المضمون ومعاملات الارتباط والمتوسطات ....الخ (سلامة؛ عسكر ، *١٩٩٢ : ١٤٦)*.

ولهذه المقابلة عيوب معينة ، إذ أن ضرورة جمع بيانات كمية تسمح بالمقارنة من جميع المفحوصين بطريقة موحدة ، يحدث جموداً في إجراءات البحث قد يجعل التعمق بدرجة كافية شيئا مستحيلا.

٣- المقابلة غير المقننة (الحرة) :

ويسمح هذا النوع من المقابلة بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن ، وبأكبر قدر من التلقائية ، ولذلك فهي تستثير قدرا أقل من مقاومة العميل ، وتيسر الكشف عن خصائصه الفريدة والفهم الأعمق لديناميات شخصيته إلا أنها لكي تحقق هذه الأغراض تتطلب للقيام بها إكلينيكيا ذا خبرة متعمقة (مليكة ، *١٩٩٢ : ٦٧)*.

فإذا وجه الإكلينيكي أسئلة سبق تخطيطها ، فإن هذه الأسئلة تعدل بحيث تناسب الموقف وتناسب العميل ، ويشجع العميل أحيانا على التعبير عن أفكاره بحرية ، ويقدم قليل من الأسئلة فقط لتوجيه حديثه، وفي بعض الحالات يتم الحصول على المعلومات بطريق عارضة .

ويستطيع الأخصائي في المقابلة الحرة أن ينفذ خلف الإجابات المبدئية وأن يتتبع الإشارات غير المتوقعة ، وأن يعدل من الأسئلة ليمكن من تحليل دلالة البيانات (دالين ، ١٩٩٧ : ٤٠٢).

كما يتعين على الإكلينيكي أن يكون حذراً فيما يتعلق بالأسئلة الخاصة بالوجدانات والأمور الحساسة التي تأخذ قدرا أكبر من الانفعال وأثاره الفسيولوجية التي تظهر أثناء المقابلة ، حتى لا يتسبب في كف استجابات العميل .

ومن الأسئلة التي يفتح بها الأخصائي الكلام مثلا هل تستطيع أن تذكر لي لماذا أتيت إلى العيادة ؟ أو هل تستطيع أن تقول لي شيئا عن أسرتك ؟. وبمجرد أن يبدأ العميل في الكلام يحثه الإكلينيكي على الكلام بأن يومىء برأسه علامة على الموافقة قائلا (هيه) أو(أيوه). وأحيانا بقوله (هل تستطيع أن تذكر لي شيئا أكثر عن هذا الموضوع ؟ ويعد هذا الأسلوب أقل تهديدا أو تسببا في اضطراب المريض من الأسئلة المباشرة والمحددة (روتر ، ١٩٨٤).

وهناك بعض الأسس التي تستند عليها المقابلة الإكلينيكية الحرة كالآتي:

١- يستند هذا الأسلوب على ما لدى الفرد من ميل تلقائي للتفتح المنطلق بل وللاعتراف والتخفف .
٢- تعد هذه المقابلة ضرباً من العلاج النفسي غير الموجه، إذ تلقي بالأهمية على الجانب الانفعالي من الشخصية ، أكثر من الجانب العقلي.
٣- تتشابه هذه الطريقة مع ما يسمى التحليل النفسي الفعال. من حيث أنها تتجه بالاهتمام إلى الموقف الحاضر أكثر مما تفعل في التجارب العديدة الماضية.
٤- تتميز العلاقة بين المعالج أو القائم بالمقابلة والعميل بالتلقائية والتفتح بمعنى أن المعالج يعمل من جانبه على إزالة ما من شأنه أن يعترض هذا التفتح من جانب المريض(سلامة ؛عسكر ، ١٩٩٢ : ١٤٩).

هذا ويجب على الأخصائي أن يكون على ألفة بنوعي المقابلة المقننة وغير المقننة حتى يستطيع أن يبني تصورا عاماً عن النوعية المطلوبة مع العميل .

٤- المقابلة الموجهة :

وهو النوع من المقابلة الذي يكون فيه القائم بالمقابلة قد استعان بمقابلات أو تقارير سابقة عن الحالة ، حيث يكون من المعروف سلفا أن هناك مشكلة بعينها عصابية مثلا ، وهنا فإنه يدرك أن عليه أن يحصل على بعض المعلومات التي يغطي بها هذه المشكلة . لذا يقوم بتوجيه أسئلة مباشرة كثيرة ويركز انتباهه على جانب محدد أو أحداث معينة .

وفي هذه النوع من المقابلة ينبغي توخي الدقة والحذر، حيث تكون مثل هذه الأسئلة مصدرا للقلق والضيق للمريض مما يجعله أكثر حذرا. لهذا يجرى هذا النوع من المقابلة بعد تحقيق أكبر قدر من العلاقة الإكلينيكية ، ويكون الأخصائي محل ثقة المريض ؛ مما يجعله يجيب على الأسئلة بارتياح ، إيماناً منه بأن يعرض مشكلته للوصول إلى حل.

٢- إعدادات المقابلة وترتيباتها .

يمكن تقسيم الإعدادات الخاصة المقابلة إلي: إعدادات خاصة بالأخصائي الإكلينيكي ، وإعدادات خاصة بظروف المقابلة كما يلي :

أولا : الإعدادات الخاصة بالأخصائي الإكلينيكي .

١- الدافع إلى طلب المقابلة :

من المؤكد إن دافع العميل إلى طلب المقابلة عامل مهم يؤثر في درجة نجاحها . ومن الضروري أن يتعرف الإكلينيكي على الظروف التي يطلب فيها العميل العلاج: هل دفع إليه دفعاً أم طلبه بدافع من ذاته ؟ وما هي مصادر معرفته بإمكانيات العمل الإكلينيكي وتوقعاته منه ؟

حيث تتضح أهمية التعرف على دافع العميل للحضور للمقابلة في ضوء أنه قد تسبق المقابلة أفكار بعضها خطأ عن مفهوم المعالج والعلاج النفسي، إذ قد يظن مثلا أن المعالج سوف ينومه أو ينتزع منه أسراراً أو يدفعه للقيام ببعض الأفعال. لهذا يستطيع الإكلينيكي أن يحسن من فهمه إذا عرف ما يتوقعه المريض وما يرغب في تحقيقه (مليكة ، *١٩٩٧ : ١٤٧*).

٢ - ديناميات شخصية الإكلينيكي ومدخله للمقابلة :

قد يتأثر مسار المقابلة بديناميات شخصية الإكلينيكي ومدخله للمقابلة. فقد يحاول أن يغوص في الموضوعات الحساسة لمريضه بدافع عصابي لا يرتبط بحاجة العميل وعلاجه، وقد يوجه أسئلته بأسلوب أوتوقراطي أو ينزع إلى إصدار أحكام . لهذا يجب على الأخصائي أن يحدد لنفسه هدفا من المقابلة ؛ لأن ذلك يشعره بالألفة والثقة بالنفس.

٢- مظهر الإكلينيكي وأسلوبه :

يعد الإكلينيكي نفسه عاملا مهماً يؤثر في رغبة العميل في العلاج. فقد يكون مظهر الإكلينيكي ذا أهمية قليلة في المقابلة ، إلا أنه يتعين علي العميل في المقابلة الأولى أن يقرر ما إذا كان يرغب في إقامة علاقة بينه وبين الإكلينيكي. وكثيرا ما يتأثر هذا القرار بمظهر الإكلينيكي وأسلوبه، فالعميل يسعى خلف الشواهد التي تدل على النضج المهني للأخصائي ، وعلى مهارته ونجاحه وسمعته في مهنته .

والعميل يضيق بالإكلينيكي الذي يبدي الدهشة والعجب من المشكلات الشخصية للآخرين ، كما يضيق بمن يستمع إلى مشكلاته في برود أو بمن يبدو أن كل اهتمامه موجه فقط إلى تصنيف الحالة ، وبمن يشير باستمرار إلى الحالات الأخرى ، أو الذي يلعب دور الأب أو الأم أو الواعظ.

فالإكلينيكي المتمرس هو الذي يكون موضوعيا في مساعدته للعميل وهو الذي يتعاون معه لتوضيح مشكلاته ومفهما ، والذي يستطيع أن يعالج كل صور مقاومة العميل من صمت وعدوان ، وأيضاً من يستطيع أن يواجه مخاطر المقابلة بالأسلوب الذي ينتج عنه أقل خسارة والربح الأكبر .

ثانيا : الإعدادات الخاصة بظروف المقابلة.

١- مكان المقابلة :

يجب أن يكون مكان المقابلة مكاناً يتيح بإقامة علاقة إكلينيكية، ولا تعطي انطباعا بجو العمل . حيث تتطلب المقابلة غرفة هادئة مريحة خالية من احتمالات الإزعاج ، ولا يعني ذلك أن يكون الأثاث فخماً ولكنه يعني توفيره لمحادثة تتسم بالاسترخاء. كما يجب أن تكون الإضاءة مريحة ، كما يجب أن يراعي الأخصائي أيضاً كافة الظروف الفيزيقية الأخرى التي توفر للمريض درجة معقولة من الراحة (الزيادي ، ١٩٨٧ :١١٠).

ويفضل البعض عدم وجود لوحات فنية على جدران المكتب لاستخدامها بوصفها نوعا من الأساليب الإسقاطية ، ويقترحون بدلاً من ذلك لوحات ظاهرة أقل غرابة بقصد المساعدة في استثارة أحاديث البداية .

٢- زمن المقابلة :

من المهم ألا يبدو الإكلينيكي إنه في عجلة من أمره ، وعليه أن يشعر العميل بأن وقت المقابلة مخصص له كلية. إلا أنه من الضروري تحديد زمن معين للمقابلة ويتراوح بين ٣٠- ٤٥ دقيقة ومن الممكن إطالة زمن المقابلة إلى ساعة كاملة مع بعض الحالات ، ذلك أنه من غير المفيد أن تنتهي المقابلة لمجرد انتهاء وقتها وعند نقطة غير محددة .

والإكلينيكي الماهر هو الذي يصل بالمقابلة إلى خاتمة يلخص فيها ما جرى من مناقشة ، بقصد التأكد من تحقيق فهم مشترك بينه وبين العميل في موضوعات المناقشة (مليكة ، *١٩٩٧ : ١٥٤*).

٣- تسجيل المعلومات :

هناك جدل كثير حول صواب أخذ المذكرات خلال المقابلة .ويتفق الجميع على أنه من غير الممكن بل من الخطأ محاولة تسجيل كل ما يدور في الجلسة حرفيا وذلك رغم أن بعض العملاء لا يعترض على تسجيل بعض المذكرات بعد الدقائق القليلة الأولى من المقابلة، إلا أن هذه الكتابة من الممكن أن تقف حائلا بين العميل والمعالج.

ومن ناحية أخرى، يرى عدد من الاكلينكيين ضرورة تسجيل أي مذكرات خلال المقابلة ، فلا بأس من تسجيل بعض الكلمات أو العبارات المفتاحية بشرط ألا يعوق ذلك العمل الإكلينيكي عن متابعة انفعالات المريض كما تبدو على ملامح وجهه وألا تعوقه عن توجيه انتباهه واهتمامه الكاملين خاصة وأن بعض الأشخاص يشعرون بالراحة والاطمئنان إذا رأوا الأخصائي يقوم بتدوين بعض النقاط أثناء المقابلة.

أما تسجيل المقابلة من خلال جهاز تسجيل ، فيرى بعض الأخصائيين أن هذا الإجراء من الممكن استخدامه بعد موافقة المريض لأن إجراء التسجيل دون علمه أمرا يتنافى مع الميثاق الأخلاقي للمهنة (الزيادي ، *١٩٨٧ : ١١٢*).

٣- مراحل المقابلة .

من الأفضل النظر إلى المقابلة بصفتها عملية اتصال . وكأي عملية اتصال تتكون من بداية ووسط ونهاية (وتسمى أيضاً مرحلة الافتتاح والبناء والإغلاق). ولا يوجد وقت محدد لكل منها ، إلا أنه يوصي بألا تستغرق مرحلة البداية أكثر من عشر دقائق ، وألا تستغرق مرحلة الوسط أكثر من ثلاثين دقيقة ، وألا تستغرق مرحلة النهاية أكثر من خمس دقائق، وذلك حرصا على ألا يطغى وقت مرحلة على وقت أخرى مما يؤدي إلى بعد الأخصائي عن تحقيق أهدافه. ولكي يتم تحقيق الأهداف المطلوبة يجب أن تتوافر في كل مرحلة عدة شروط نجملها فيما يلي :

١- مرحلة البداية (الافتتاح).

تبدأ المقابلة بتحديد الموعد بين الأخصائي والعميل. وتقع على الأخصائي المسئولية الكاملة في البدء بافتتاح المقابلة بالممارسات الجيدة التي تدعم العلاقة بينهما ، الأمر الذي يشعر المريض منذ اللحظة الأولى بأنه موضع اهتمام . فيعمل الإكلينيكي على غرس الألفة بينه وبين العميل بعد تبادل التحية من خلال التعبير اللفظي المتميز البعيد عن الجو المهني، ولاسيما إذا لاحظ نوعا من التوتر ينتاب العميل، وهناك بعض العبارات اللفظية مثل : كيف حالك ؟ كيف تسير الأمور معك؟ أو استخدام بعض العبارات اللفظية المستفسرة عن الأحداث الخارجية البعيدة عن محتوى المقابلة مثل : هل كان الطريق مزدحما أثناء حضورك إلى هنا؟، هل شاهدت مباراة أمس ؟ (عمر ، ١٩٩٩: ٢٨٦).

ومن المهم أيضاً أن يلاحظ الإكلينيكي كيف يجلس العميل وكيف يستجيب لتحيته كما يلاحظ طريقته في المصافحة باليدين واتصال العينين أو أي تعليقات يقدمها عند تقديم نفسه ، قامته وتعبيرات وجهه ونوع الصوت واعتناءه بمظهره.

ويجب أن تكون أسئلة الإكلينيكي في البداية بخاصة قليلة ومختصرة وتهدف أساساً إلى تشجيع العميل على التحدث في الموضوعات التي تهمه وبأسلوبه هو والتي تؤرقه أكثر من غيرها. ولا يعني ذلك ألا يوجه الإكلينيكي مسار المقابلة من خلال الأسئلة الإستراتيجية ، وبخاصة إذا احتبس الكلام أو أصبح مكرراً كما يمكنه أن يتدخل بالصورة المناسبة ليخفف من قلق العميل (مليكة ، ١٩٩٧: ١٣٧).

ويخطئ الإكلينيكي إذا حاول في البداية أن يذهب إلى ما هو أعمق من السطح دون مراعاة لدرجة استعداد العميل ، لأن الأسباب نفسها التي تدعو هذا الأخير إلى الالتجاء إلى الموضوعات السطحية هي التي تدعوه إلى مقاومة هذه المحاولة من جانب الإكلينيكي. والكسب الناتج عن استجابة الإكلينيكي له قيمته في حد ذاته ، لأنه يدلل للعميل على أنه يمكن أن يتقدم ، كما يدلل على أن الإكلينيكي شخص يمكن مساعدته.

وتجاهل الأسرة والمصاحبين أمر لا ينصح به، فهو فضلا عما يعطيه من انطباع عدم اللباقة ، فقد يحرم الإكلينيكي من كثير من المعلومات الإضافية. لهذا فإن الالتقاء بأسرة العميل ومرافقيه بعد الجلسة التمهيدية مع العميل يعتبر ممارسة جيدة ينصح بها .

٢- المرحلة الوسطى (البناء).

يهتم الإكلينيكي في هذا الجزء الرئيس من المقابلة بجمع المعلومات الضرورية للتوصل على الأقل إلى صياغة مؤقتة لطبيعة مشكلة العميل وشخصيته. وبعامة يسعى الإكلينيكي إلى معرفة :

١) ما هي الشكاوى والأعراض الحاضرة للعميل(وتعرف بالمشكلات المقدمة *Presenting Problems*)، لماذا طلب المساعدة في هذا الوقت ؟ ما هي طبيعة أزمته الحاضرة ؟ ما هي ظروف حياته الحاضرة ؟
٢) هل كانت هناك أحداث حديثة ضاغطة قد تكون عوقت الميكانزمات التوائمية عن أداء وظيفتها وأدت إلى الأزمة الحالة؟
٣) أي نوع من الأشخاص هو ؟ ما هي مواهبه وقواه وكفاءاته؟ وما هي نقائصه الشخصية ؟ وما هي سمات شخصيته ووجدانه ودفاعاته وصراعاته ؟ هل كانت هناك تغيرات مهمة في سلوكه في الماضي القريب ؟
٤) هل هناك عوامل عضوية ذات دلالة ؟ هل هناك أهمية لاستشارة طبية ؟

وبالطبع لا يمكن استطلاع كل هذه المجالات بعمق ، ويتعين أن يقنع الإكلينيكي بمعلومات تكفي لصياغته لفروض معقولة ، وقد يتطلب الأمر إجراء مقابلات أخرى

وفي حالة العميل الذي يعاني من هلاوس أو هواجس ، فإنه من المفيد أن يشجعه الإكلينيكي على الحديث عنها دون أن يُعبر عن موافقته عليها صراحة أو ضمناً.

ورغم حرص الإكلينيكي على أتباع الطرق النظامية في إجراء المقابلة، فلا يوجد سيناريو ثابت أو تسلسل للموضوعات أو أسئلة يتعين الإجابة عنها، ولكن الإكلينيكي يهتدي بالمريض ويتتبع الموضوعات التي تبدو أكثر أهمية بالنسبة له (مليكة ، ١٩٩٧ : ١٤٠).

الأخطاء الشائعة في المرحلة الوسطى من المقابلة :

تشير البحوث إلى أن الأخطاء التي يرتكبها الإكلينيكي في هذه المرحلة تشمل :

أ-الإسراف في الحديث وكثرة الكلام .
ب- خطأ محاولة العلاج أو تقديم المساعدة .
ج- خطأ إعطاء أكثر من سؤال في وقت واحد.
د- خطأ توجيه أسئلة مغلقة.
هـ- توطيد العلاقة بين الإكلينيكي والعميل.

٣- المرحلة الختامية (الإغلاق).

من أصعب المشكلات التي تواجه الإكلينيكي هي البحث عن طريقة ملائمة لإنهاء المقابلة. ومن الضروري أن نشير إلى أن هناك ممهدات عامة لإنهاء المقابلة إذا ما ألم بها الأخصائي فقد يستطيع أن يتجنب كثير من المشكلات الخاصة بها.

فمن ناحية يجب ألا تنتهي المقابلة إلا بعد أن يكون الإكلينيكي قد نجح في بعث قدر من الطمأنينة والراحة لدى العميل . وينصح البعض بأن يزداد إظهار التعاطف والمشاركة الوجدانية من قبل الإكلينيكي نحو عميله في هذه المرحلة، وذلك بعبارات تبين تفهم الإكلينيكي لما حدث من صعوبات خلال الجلسة ، وما أثير فيها من ذكريات حزينة أو مهددة نفسياً(إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ١٢٧).

ومن ناحية أخرى ، يجب أن يشارك الإكلينيكي ما استطاع أن يكونه من أفكار أو تفسيرات من مصادر المشكلات في حياة العميل وحاجاته في نهاية الجلسة. ومن المتوقع أن يسأل العميل المعالج عن رأيه في مشكلاته ، ومدى إيمانه بنجاح العلاج. ومثل هذه التساؤلات عادة ما تأتي من العملاء نتيجة لتصورهم أن تكون العلاقة بالمعالج كالعلاقة بالطبيب بعد الفحص الطبي، وهنا يجب أن يتجنب الإكلينيكي هذا الدور وأن يوضح للعميل ببساطة الفرق بين العلاج النفسي والطبي محاولاً في الوقت نفسه

أن يلخص رأيه في المشكلة، ولكن بصورة لا تعطي انطباعا بأن هذا التلخيص والتفسير صادق تمام. ومن الأفضل أن يكون التلخيص الذي يعطيه من عبارات العميل التي قيلت أثناء المقابلة .

ومن ناحية ثالثة ، يجب أن تنتهي المقابلة بالتخطيط للجلسات القادمة ومن الأفضل أن يعطي الإكلينيكي أكبر قدر من المعلومات عن طبيعة اللقاءات القادمة ، وما الذي سيتم فيها ، والتوقعات المطلوبة من العميل، فضلاً عن تقديره للتكاليف المادية الضرورية لإتمام اللقاءات .

وبعد مغادرة العميل ، على الممارس أن يمنح نفسه بعض الوقت لتسجيل ملاحظاته الرئيسة عن الجلسة ، وما يتذكر منها من انطباعات .

٤- فنيات المقابلة

تنقسم الفنيات التي يستخدمها الأخصائي أثناء المقابلة إلى : فنيات الفعل ، وتشمل فنية التساؤل والمواجهة ، وفنيات رد الفعل وتشمل فنية الصمت والإنصات، وإعادة العبارات ، والإيضاح. وفيما يلي توضيح لهذه الفنيات:-

أولاً : فنيات الفعل .

١- فنية التساؤل :

إن توجيه الأسئلة وإجراء المقابلة الإكلينيكية ليس باستجواب. ويرتكب الأخصائيون خطأ فادحاً إذا تحولت الجلسات إلى استجوابات بدلاً من أن تتجه إلى التساؤل الذي يساعد المريض على الثقة والتلقائية ، كما يعتبر التساؤل الجيد نموذجا جيدا لتنمية التواصل بين الأخصائي والعميل. لهذا فمن الأفضل أن تكون الأسئلة مشتقة من عبارات العميل.

كما يجب على الإكلينيكي ألا يلاحق العميل بالأسئلة ، الأمر الذي يشعر العميل بأنه في مركز الضعف ، وإنه واقع تحت سلطة وسيطرة الإكلينيكي ، مما يحوله إلى شخص مقاوم ومدافع (عمر ، *١٩٩٩ : ٣٤٨)*.

وهناك بعض القواعد الأساسية في ممارسة فنية التساؤل هي :

أ - الوقت المناسب : أن الإكلينيكي الكفء هو الذي يتخير الوقت المناسب ليطرح فيه أسئلته على العميل، بشرط ألا يقاطعه أثناء حديثه حتى وإن طال هذا الحديث ، إنما يمكن له أن يتدخل بسؤاله في الوقفات البسيطة بين مجموعة من العبارات يكون قد انتهى منها وبين مجموعة أخرى سوف يبدأ فيها.

ب- السؤال الملائم : يتوقف اختيار السؤال الملائم على خبرة الإكلينيكي في ممارسة فنية التساؤل وعلى مدى معرفته بنوعية الأسئلة المختلفة. لذلك يجب على الإكلينيكي أن يكون ملماً إلماماً كاملا بالتنوع العريض لهذه الأسئلة حتى يتمكن من اختيار الأفضل منها.

وتصنف الأسئلة إلى عدة أنواع هي : الأسئلة المفتوحة ،والأسئلة المغلقة والأسئلة المزدوجة ، والأسئلة المباشرة ، والأسئلة غير المباشرة والأسئلة المحظورة.

- الأسئلة المفتوحة *Open Questions* .

تتميز الأسئلة المفتوحة بأنها أكثر استخداما بطبيعتها ، حيث إنها تتيح الفرصة للعميل أن يعبر عن نفسه، ومشاعره ،وأفكاره بحرية تامة. كما أن هذه الأسئلة تتيح الفرصة للمعالج أن يضع المسئولية كاملة على كاهل العميل من حيث الإدلاء بما يريد، برغبة منه ، ودون انتزاع لهذه المعلومات عنوة ولا قصراً.

وفيما يلي بعض الأمثلة على هذا النوع من الأسئلة :-

- ليتك تكلمني عن نفسك ؟
- ما هو شعورك حول الربا ؟

وتمتاز الأسئلة المفتوحة بعدة مزايا تجعلها مفضلة الاستعمال لدى كثير من الأخصائيين نذكر منها :

(١) تمنح الأخصائي فترة زمنية طويلة ، تمكنه من الملاحظة والإنصات للعميل أثناء الإدلاء بمعلومات حول السؤال المطروح دون تحديد الوقت.

(٢) تمنح العميل الفرصة للتعبير عن نفسه ومشاعره وأفكاره بحرية .

(٣) تيسر وتسهل التواصل الجيد بين الأخصائي والعميل .

(٤) تيسر الحصول على معلومات شاملة، قد تكون كاملة ، ولعل الأخصائي لم يفكر فيها.

- الأسئلة المقفلة *Closed Questions*.

تتصف الأسئلة المقفلة بأنها غير مطلقة ومقيدة بطبيعتها من حيث الإجابة عنها . فهي تجبر العميل على أن يحصر إجابته في نطاق محدود. كما أنها تتصف بأنها لا يمكنها أن تعبر عن مشاعر العميل ولا أحاسيسه ،لأنها تقدم معلومات مجردة خالية من أي تعبير حر قد يرغب الأخصائي في أن يطرحه في المقابلة

كما تتصف بأن بعض منها قد يكون ملزماً للعميل بأن يختار إجابة واحدة من عدة إجابات محددة. وفيما يلي بعض الأمثلة على هذا النوع من الأسئلة :

- كم عمرك الآن ؟
- من الذي تثق فيه أكثر من غيره ؟

وتتصف الأسئلة المقفلة بعدة مزايا ، نذكر منها:

(١) يستطيع الإكلينيكي أن يسأل عدداً كبيراً من الأسئلة التي تتناول جوانب عديدة من حالة العميل في وقت أقل ، مما يوفر الكثير من وقت المقابلة لاستثماره في تحقيق أهدافها.

(٢) يكون الإكلينيكي أكثر تحكما في إدارة المقابلة حيث يتمكن من توجيهها كيفما يريد .

(٣) يمكن لأي إكلينيكي أن يمارس مهارات التسجيل المختلفة عند استخدامه لهذه الأسئلة .

(٤) يستطيع كل من الإكلينيكي والعميل فهم معنى السؤال ومغزاه بوضوح دون الحاجة للشرح والتفسير.

- الأسئلة المزدوجة *Double Questions*.

يضع البعض الأسئلة المزدوجة ضمن الأسئلة المقفلة على اعتبار أنها تمثل جانب منها. وتتميز هذه الأسئلة بحصر الإجابة عنها في اختيار واحد من اختيارين اثنين فقط لا ثالث لهما. وفيما يلي بعض الأمثلة على هذا النوع من الأسئلة :

- بناء على الخلاف بين والدك ووالدتك وإصرار كل منهما على أن تعيش معه (أو معها) أين ترغب أن تعيش معه ، والدك أم والدتك؟
- هل ترى أن الزواج أفضل الآن بعد وفاة زوجتك أم التفرغ لرعاية الأولاد؟

وتتسم هذه النوعية من الأسئلة بمزايا استخدام الأسئلة المقفلة نفسها. كما أن هناك بعض التحفظات على استعمالها ، نذكر منها ما يلي :

(١) قد تسبب الأسئلة المزدوجة نوعا من الاضطراب والارتباك لكل من الإكلينيكي والعميل، فقد يفضل العميل الإجابتين بلا استثناء أو قد لا يفضل أيهما على الإطلاق.

(٢) قد توحي هذه الأسئلة للعميل بأن الإكلينيكي لا يهتم بما يفكر فيه أو بما يحسه، وإنه يؤدي واجبه الروتيني فقط .

(٣) قد تعود العميل على الاتكالية حيث يجد الإجابة جاهزة على الأسئلة المطروحة ، وهذا مخالف لأهم مبادئ العلاج النفسي والتي تدعو إلى مساعدة العميل في الاستقلالية والاعتماد على النفس.لهذا نوصي بعدم استخدام هذا النوع من الأسئلة بشكل مطلق إلا إذا دعت الضرورة إلى ذلك (عمر ، ١٩٩٩: ٣٥٠-٣٥٥).

- الأسئلة المباشرة *Direct Questions* .

يطلق على الأسئلة المباشرة أيضاً مسمى الأسئلة الأولية. وتتميز هذه الأسئلة بكونها تتضمن الاستفسار عن معلومات جديدة لم تطرح من قبل، وعلى المعالج الجيد أن يرى بوضوح ، وأن يحدد ما إذا كانت إجابة العميل عن السؤال المباشر المطروح عليه تتصف بأنها مناسبة ومحققة للهدف أم لا، وإذا شعر الأخصائي أن إجابة العميل غير مناسبة فعليه أن يتعرف على نوعية الخطأ، وعلى الأسباب التي دفعته لذلك .

ويوضح كاهن وكانل *Kahen & Cannell* عدداً من الأسباب التي تدفع العميل إلى الإجابة غير المناسبة نذكر منها:

(١) عدم فهم العميل لطريقة الإجابة على السؤال .
(٢) عدم فهم العميل للسؤال المباشر جيدا بسبب طرحه في وقت غير مناسب.
(٣) افتقار العميل للمعلومات المطلوب الاستفسار عنها في السؤال .
(٤) افتقار العميل إلى التعبير عن نفسه بأسلوب مفهوم وواضح ؛ لانخفاض ذكاءه أو نقص مهارته على التواصل مع الآخرين .
(٥) عدم ثقة العميل في قدرة الإكلينيكي على فهم إجابته بسبب ما تتصف به الإجابة من بعدها عن إطاره المرجعي أو متضمنة مصطلحات فنية .
(٦) خجل العميل من الإجابة على السؤال المطروح لاعتقاده الراسخ ؛ بأنه من الأمور الخاصة به وحده ، وليس من حق الإكلينيكي معرفتها. وفيما يلي بعض الأمثلة على هذا النوع من الأسئلة :

- ✓ هل لك أن تخبرني عن الحوار الذي دار بينك وبين رئيسك المباشر الأسبوع الماضي ؟
- ✓ متى شعرت بأنك غير قادر على ممارسة العلاقة الجنسية مع زوجتك لأول مرة ؟

- الأسئلة غير المباشرة *Indirect Questions*.

تتميز الأسئلة غير المباشرة بعدم وجود كلمات للاستفهام في بدايتها وعدم وجود علامات للاستفهام عند نهايتها. وتصاغ الأسئلة غير المباشرة في

عبارات وجمل توحي بأنها خبرية ، بينما هي في الحقيقة تحمل في طياتها معاني الاستعلام والاستفسار عما يرغب الأخصائي في معرفته. ويفض الكثير من الأخصائيين هذا النوع من الأسئلة ؛ نظرا لأنها تتيح الفرصة كاملة للعميل في التعبير عن نفسه دون أن يشعر بأنه محل استجواب . وفيما يلي بعض الأمثلة على هذا النوع من الأسئلة :

- أشعر من حديثك بأنك غير راضية تماما عما أقدم عليه زوجك من الزواج بأخرى.
- لابد أن هناك أسبابا دفعتك لارتياد أماكن لعب القمار مما جعلك مدمن عليها.

- الأسئلة المحظورة *Forbidden Questions*.

هناك نوعية من أخرى من الأسئلة نوصي بالحذر في استخدامها. حيث توصف هذه الأسئلة بكونها محظورة لما تحمله في طياتها من معاني التجريح والتوبيخ واللوم والتأنيب والمحاكمة. وفيما يلي بعض الأمثلة على هذا النوع من الأسئلة :

- أنت السبب فيما وصلت إليه حالتك الآن. لماذا لم تعمل حسابك لهذا اليوم؟
- أين كان عقلك عندما بدأت تشرب الخمر أول مرة ؟

فعلى الرغم من كمية المعلومات الهائلة التي نحصل عليها من توجيه سؤال يبدأ بكلمة (لماذا) ، إلا أن المعنى الذي تنطوي عليه هذه الصيغة الاستفهامية يدل على الفعل المشين المستحق للعقاب بصورة عامة حتى وإن كان لا يقصده الأخصائي عند استخدامه لها .وهنا فلا يجد العميل أمامه إلا أن يتصرف تلقائيا برد فعل مضاد لحماية نفسه مما يعتقد بأنه ينال منه، مما يعوق إقامة علاقة الألفة بين الأخصائي والعميل.

٢- فنية المواجهة :

تعتبر فنية المواجهة وسيلة فعالة يستخدمها الأخصائي عندما يريد أن يضع العميل أمام ما يخفيه من أفكار وأفعال، مما يجعله أكثر قدرة على رؤية نفسه وسلوكه مثلما يراهما الآخرين. ويفضل استخدام هذه الفنية في المرحلة الوسطى من المقابلة عندما تدعم الثقة وتصبح هناك علاقة تقبل بين الطرفين.

- مستويات المواجهة .

أجريت العديد من الدراسات والبحوث حول المستويات المثلى للمواجهة التي يمكن أن ينتقل خلالها الأخصائي النفسي. وفيما يلي عدد من هذه المستويات التي توصلت إليها هذه الدراسات :

- المستوى الأول : يتميز هذا المستوى بأن المعالج يتصف بالسلبية التامة في تعامله مع كل المتناقضات التي تبدو بين أقوال العميل وأفعاله ، والتي تبرز واضحة في كلامه وسلوكه. ومن ثم يطمئن إليه العميل فيسترسل في عرضها تلقائيا وعفويا.
- المستوى الثاني : يتميز هذا المستوى بأن المعالج يتصف بالسلبية بدرجة كبيرة في تعامله مع أغلب المتناقضات التي تبدو بين أقوال العميل وأفعاله بحيث يتظاهر بتجاهلها. وفي الوقت نفسه يتصف تعامله مع قليل من هذه التناقضات لما لها من أهمية خاصة بالإيجابية نوعا ما ، حيث يركز عليها ويلفت نظر العميل إليها دون تحامل ، مشيراً بذلك إلى عدم تقبله لها صراحة.
- المستوى الثالث : يتميز هذا المستوى بأن المعالج يتميز بالسلبية نوعا ما في تعامله مع القليل من المتناقضات التي تبدو بين أقوال العميل وأفعاله ولاسيما إذا كانت لا تمثل بطبيعتها جانبا كبيرا من الأهمية، فيتجاهلها مؤقتا على ألا ينساها فيما بعد . وفي الوقت نفسه يتعامل المعالج مع أغلب التناقضات ولاسيما المهمة منها بدرجة كبيرة من الإيجابية. حيث يركز عليها ويشير إليها بطريقة غير مباشرة تتميز بالتلميح، وذلك بسبب كثرة التناقضات وتعددها.
- المستوى الرابع : يتميز هذا المستوى بأن المعالج يتصف بالإيجابية المطلقة في تعامله مع كل المتناقضات التي تبدو بين أقوال العميل وأفعاله ، فلا يهملها ولا يتجاهل أي منها. ويستخدم المعالج فنية المواجهة على هذا المستوى بطريقة مباشرة متميزة بالصراحة التامة. وبناء عليه يرى العميل نفسه بشكل صادق لا زيف فيه ، محاولاً أن يمارس سلوكه بما يتفق مع مشاعره وأفكاره .
- المستوى الخامس : يتميز هذا المستوى بأن المعالج يتميز بالتحدي في تعامله مع أية تناقضات تظهر في أقوال أو أفعاله العميل مهما تكن بساطتها.

اعتبارات مهمة حول المواجهة .

١- يجب على المعالج ألا يستخدم هذه الفنية إلا بعد أن تُبنى علاقة إنسانية مهنية بينه وبين العميل .

٢- يجب على المعالج أن يوفر الجو الملائم لاستخدام فنية المواجهة، والذي يتميز بالتعاطف الوجداني مع حالة العميل الذي يعاني منها متقبلا لكل ما يقوله العميل ولكل ما يبديه من ملاحظات أو تلميحات حول تناقضاته.

٣- يجب على المعالج أن يتدرج بالعميل عبر المستويات سابقة الذكر ، فلا يفاجئه بالمواجهة دون تمهيد لها.

ثانيا : فنيات رد الفعل .

١- فنية الصمت.

على المعالج الجيد، والكفء في عمله أن يدرك متى وكيف يستخدم يجب فنية الصمت، حتى يستثمر خصائصها في تحقيق أهداف المقابلة. وقد أشار برامر وشوستروم *Brammer & Shostrom* إلى قيمة الصمت في نقاط محددة هي :

١- الصمت يجعل العميل يتكلم.

٢- الصمت يسمح للعميل بالتفكير وتحقيق الاستبصار الداخلي بنفسه.

٣- الصمت يبطئ سرعة جريان المقابلة.

٤- الصمت يحترم خصائص العملاء الانطوائيين.

ويجب على الأخصائي أن يلتزم الصمت عندما يتحدث العميل ولا يقاطعه أثناء حديثه حتى لا يخرجه عن إطار تفكيره ، ويجب عليه أيضاً أن يحترم صمته ، فيصمت إذا صمت، وأن يكون صبورا على صمته وألا يبدو عليه أية علامات للضيق نتيجة لذلك، ولا يبادر بدفعه على الكلام قبل أن يكون مستعدا له وقبل أن يرتب أفكاره. وفي حالة إطالة فترة الصمت عن المعقول وفقا لتقدير المعالج فيمكنه أن يتدخل لحث العميل على إكمال ما كان يقوله دون أن يتسبب في إحراجه.

٢- فنية الإنصات .

تعتبر فنيه الإنصات هي الوجه الآخر لفنية الصمت على الرغم من إنها تختلف عنها في الهدف والمضمون. هذا وتكمن الأهمية الأولى لفنية الإنصات في أنها وسيلة فعالة في تحقيق الفهم المتبادل بين كل من المعالج والعميل على حد سواء كما تحقق الشعور بالرضا والسعادة لدى العميل، لأنه يشعر بمدى تقبله من المعالج وتقبل ما يقوله ، وما يفكر فيه ، ومدى احترام شخصيته.

ويتطلب الإنصات الجيد المتميز بالعمق الشديد من المعالج النفسي أن يكون متسع الأفق ، قادرا على التنبؤ ، حتى يمكنه ربط الأحداث التي يدلي بها العميل مع بعضها البعض، ولمنحه القدرة على التنبؤ بما يمكن أن يقوله العميل والتعرف على ما يخفيه خلف كلماته ، أو يعجز عن الإفصاح عنه.

٣- فنية إعادة العبارات.

تتميز فنية إعادة العبارات بتكرار المضمون الأساسي لتواصل العميل اللفظي مع المعالج ، متضمنة المعنى الكلي لعباراته إن لم تكن متضمنة الكلمات نفسها. وبالرغم من إمكانية استخدام هذه الفنية بأكثر من طريقة فإن أهمها جميعا تلك التي تتميز بتكرار عبارات العميل كما هي وترديد كلماتها بدون تغيير مما يجعلها مثل الصدى الذي يعكس ما يقوله وما يبدو منه ، فيسمع بأذنيه ما قاله الأمر الذي يجعله ينظر إلى نفسه برؤية أكثر عمقا في محاولة إيجابية لمراجعة ما يقوله. كما أن فنية إعادة العبارات تعتبر تدعيميا عمليا وتطبيقيا لفنية الإنصات حتى أنها تؤكد للعميل مدى اهتمام المعالج به.

٤- فنية الإيضاح.

تعتبر فنية الإيضاح بمثابة تغذية مرتجعة مباشرة من جانب المعالج للعميل لتوضيح بعض النقاط التي قد تكون غامضة وغير مفهومة في المناقشة التي تدور بينهما خلال المقابلة. ولاستخدام هذه الفنية بشكل فعال يجب على المعالج أن يبتعد كل البعد عن الكلمات الصعبة، أو التي يحتمل أن يكون لها أكثر من معنى وأن يستخدم التفسير لأي جزء من المناقشة كلما دعت الضرورة إلى ذلك.

الشروط الأساسية الواجب توافرها في المقابلة .

المقابلة كأي أداة تشخيصية أخرى تكون جيدة إذا ما توافر فيها شرطان رئيسان هما : الثبات *Reliability* والمصداقية أو الصدق*Credibility* .

وتتميز المقابلة بالثبات إذا اتفق شخصان يقومان بإجراء المقابلة مع الشخص نفسه في أوقات مختلفة ، في المعلومات التي يحصلان عليه من هذا الشخص نفسه. وكلما زاد التشابه بين الأخصائيين في الوصول إلى نفس النتائج الخاصة بمريض ، دل ذلك على ارتفاع ثبات المقابلة.ولهذا يستخلص ثبات المقابلة عن طريق الارتباط بين أحكام اثنين أو أكثر ممن قاموا بالمقابلة الشخص نفسه.

أما الصدق فيشير إلى قدرة الأداة (المقابلة) على قياس ما وضعت لقياسه وتقديره. وتعتبر مشكلة صدق المقابلة أكثر تعقيداً من ثباتها وتكون المقابلة صادقة إذا كانت المعلومات المحصلة منها تنطبق بالفعل على المريض، وترتبط بنفس المعلومات التي حصلنا عليها من المريض بوسائل أخرى مثل الملاحظة والاختبارات النفسية الأخرى. وتبين الدراسات أن صدق المقابلة يتوقف على شرط متعددة منها:

طبيعة المرض ، والهدف من المقابلة ، وشكل المقابلة ، والمعلومات التي تهدف إلى الوصول إليها ، ومهارة القائمين بالمقابلة ومدى تدريبهم (إبراهيم ؛ عسكر ٢٠٠٨ : ١٣٣).

ثالثا:الاختبارات النفسية ومقاييس الشخصية.

حين تتحول المهمة التي يستخدمها الباحثون في الملاحظة العلمية إلى موقف على درجة عالية من التقنين فإننا نطلق عليها في هذه الحالة مصطلح اختبار *Test*.

فقد واكب نشأة علم النفس الإكلينيكي استخدام الاختبارات النفسية في المجال التطبيقي، وكانت ومازالت الاختبارات النفسية الإكلينيكية أهم الوسائل التي يستخدمها الأخصائي النفسي. وهي مثل جميع وسائل التقويم الأخرى يمكن الإفادة منها إذا أحسن استخدامها ، كما أنها تؤدي إلى مشاكل متعددة إذا أسئ استخدامها، ولم يحسن تفسير نتائجها (عبد الله ، ٢٠٠٠).

ولعل أشهر تعريفين للاختبار هما تعريف انستازي بأنه " مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك "، وتعريف كرونباخ بأنه " طريقة منظمة للمقارنة بين سلوك شخصين أو أكثر" (أبو حطب ، صادق ، ١٩٩١: ١٤١).

والاختبار السيكولوجي هو أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف معين من حيث ظروف التطبيق، ومواد الاختبار، وطريقة التطبيق والتصحيح، فيمكن بذلك جمع بيانات عن السلوك في أسلوب مقنن منظم، وذلك بعكس المقابلة والملاحظة اللتين قد تختلف المادة التي تجمع عن طريقهما باختلاف الأخصائي وباختلاف ظروفهما (مليكة ، ١٩٩٢ : ١٠٤).

ويمثل الاستخدام الإكلينيكي للاختبارات المحك الحقيقي للتحدي الذي تقوم عليه فلسفة القياس النفسي ، والممارسات على المستوى الفردي المترتبة

على هذه الفلسفة والناتجة عن الأساليب والأدوات والمعالجات التي ابتكرت في إطارها.

وهناك مستويين متوازيين يتحرك فيهما الأخصائي الإكلينيكي ويواجههما بين لحظة وأخرى وهو في موقف الاختبار:

١- المستوى الأول : هو المستوى الخاص أو " التخصصي ".

والذي يكون الفرد فيه محور الدراسة ، ويستخدم تعبير تخصصي لوصف المعلومات في هذا المستوى الذي يتعلق بأحداث خاصة ، وسمات نوعية فريدة لدى الشخص.

٢- المستوى الثاني : هو المستوى العام أو " التعميمي ".

وفيه يكون الجمهور العام هو محور الدراسة. ويكون الهدف النهائي له الحصول على تعميمات لا يتعين بالضرورة أن تنطبق تماماً على فرد محدد.

الأسئلة الإكلينيكية .

تتضمن أسئلة الإحالة التي توجه إلى الأخصائي الإكلينيكي، سواء من الأطباء النفسيين أو من الهيئات المختلفة مثل المدرسة ، أو المعهد ، أو جهة العمل مطالب محددة يتعين استخدام الاختبارات – بالإضافة أحيانا إلى بعض الأساليب الأخرى – للوفاء بها ، ومن أهم هذه المطالب:

١- تحديد مستوى قاعدي من المعلومات عن الفرد ، ويهدف هذا المطلب إلى التعرف على وضع الفرد في فترة مبكرة، وتفيد هذه المعلومات بصفة خاصة في المقارنات التي تجرى بعد انتهاء العلاج .
٢- تقييم حالة المريض بعد العلاج ، لتحديد ما إذا كان قد تحسن أم لا.
٣- تخطيط وتوجيه التدخل العلاجي ، وهو الهدف الأساسي من الفحص الإكلينيكي وحيث يتم هذا التخطيط عادة قبل بدء العلاج .
٤- تشخيص مشكلات المريض ، وقد يكون الفحص التشخيصي ضرورياً لأهداف عملية أو لاستيفاء سجلات الفرد ، أو لتحديد وتصنيف أعراض غير واضحة أو متداخلة .

وعادة ما تصاغ هذه المطالب في شكل أسئلة مباشرة توجه إلى الأخصائي الإكلينيكي (فرج ، ٢٠٠٠ :٦٢٩ -٦٣٠).

محكات الاختيار بين الاختبارات :

يتوافر للإكلينيكي مجموعة متنوعة ومتعددة من الاختبارات والمقاييس للاختيار من بينها حسب متطلبات الموقف، ولا نستطيع إن نقول أن بعض الاختبارات ذات استخدام إكلينيكي وبعضها الآخر بعيد عن هذا الاستخدام ، فكل اختبار يمكن اعتباره اختبارا إكلينيكيا بالمعنى الحرفي للكلمة ما دام يستخدم في مساعدة الأفراد وتحليل أدائهم بصورة أو بأخرى لمعرفة نواحي القوة أو الضعف فيه.

ولاختيار الاختبار المناسب فأنه يُهتدي بعدد من المحكات منها تقديره لإمكانية إسهام الاختبار في الإجابة عن الأسئلة التي يواجهها مصدر الإحالة أو في اختبار صدق الانطباع التشخيصي لدى الإكلينيكي عن العميل (مليكة ، ١٩٩٢ : ١٠٨).

كذلك يتحتم أن يكون الاختبار المختار مناسباً لجنس المفحوص، وسنه ومستواه الذهني، والثقافي، والتعليمي، والاجتماعي وحالته الجسمية، بحيث لا تختلف هذه الخصائص عن خصائص المجموعة التي قنن عليها الاختبار، كما يجب على الإكلينيكي ألا يستخدم اختبارا لم يدرب عليه التدريب الكافي في التطبيق والتصحيح والتفسير.

وقد يكون محك الاختيار في بعض الموقف ، الوقت المتاح أمام الإكلينيكي في المؤسسة التي يعمل فيها ، فيختار الاختبار الذي يستغرق وقتاً أقل إذا كان يحقق الغرض نفسه.

ومن أهم المحكات لاختيار الاختبار : ثباته، وصدقه، وتوفر المعايير الملائمة لاستخدامه :

ثبات الاختبار :

يرتبط ثبات الاختبار بأخطاء القياس؛ نتيجة اختيار معين لفقرات أو لعينة السلوك المكونة له ، أو سلوك الفاحص، أو المصحح، أو نتيجة عوامل الصدفة، أو عوامل دخيلة.

ولثبات الاختبار أكثر من معنى، ومن هذه المعاني :

أ- ثبات إعادة الاختبار، أي مقدار ثبات الدرجة على الاختبار إذا أعيد تطبيقه على الأشخاص أنفسهم، ويقدر عن طريق حساب معامل الارتباط بين الدرجات في التطبيق الأول والدرجات في التطبيق الثاني.

ب- ثبات الصور المتكافئة ، ويقدر عن طريق حساب معامل الارتباط بين الدرجات على صورتين متكافئتين من الاختبار تطبقان في الوقت نفسه أو على فترات مختلفة.

ج- الثبات النصفي أو معامل التجانس بين نصفي الاختبار، ويقدر عن طريق حساب معامل الارتباط بين نصفي الاختبار.

د- معامل تجانس فقرات الاختبار، ويقدر بواسطة معادلة كودر- ريتشاردسون.

والتأكد من ثبات الاختبار أمر أساسي للاطمئنان على صحة استخدام الاختبار وتطبيقه في التشخيص. وفي الاختبارات التي تزداد فيها أهمية مران الفاحص، وبخاصة في الاختبارات الفردية والإسقاطية، يكون من الضروري تحديد نوع الثبات المقصود وطريقة تحديده وعدد الأفراد المستخدمين في تقدير الثبات وعددهم ، وذلك لأن كل نوع من الثبات له وظيفة معينة ، كما أن بعض الأنواع مثل الثبات النصفي لا تصلح لتقدير ثبات اختبارات السرعة (مليكة ، ١٩٩٢ : ١١١).

صدق الاختبار :

يتمثل في السؤال: هل يقيس الاختبار فعلا ما أعد لقياسه ؟ لذلك فإن الاختبار الذي ينقصه الصدق لا يمكن الاعتماد عليه في التشخيص والتنبؤ، لأن ذلك يتطلب التأكد من وجود علاقة بقدر معين بين الأداء على الاختبار وبين السلوك في المستقبل. وتتعدد أساليب حساب الصدق بتعدد أنواعه، ومنها:

أ- صدق المحتوى أو المضمون : ويقدر عن طريق فحص لمضمون الاختبار، وذلك لتحديد درجة تغطيته لعينة ممثلة من السلوك المطلوب قياسه.

ب- الصدق التنبؤي : أي درجة فعالية الاختبار في التنبؤ عن سلوك معين في المستقبل، فتدرس العلاقة بين درجات الاختبار وأداء المفحوصين على مقياس مباشر نحصل عليه بعد تطبيق الاختبار بفترة ويسمى المحك.

ج- الصدق التلازمي : ويصلح هذا النوع من الصدق في تشخيص الموقف الحالي ونحصل عليه من خلال الارتباط بين درجات الاختبار، والمؤشرات على المحك التي نحصل عليها وقت تطبيق الاختبار تقريباً، مثل متوسطات التقديرات التي يحصل عليها الطلبة في مرحلة دراسية معينة.

د- صدق المركب : ويعني إلى أي مدى يمكن القول إن الاختبار يقيس " مركبا نظرياً "، أو سمة مثل الذكاء الوجداني، القلق. ويتطلب إثبات هذا النوع من الصدق ، أن تجمع معلومات من مصادر مختلفة بقصد إلقاء الضوء على طبيعة السمة ، والظروف التي تؤثر في نموها. ويعتبر صدق المركب أكثر الأنواع شمولية ، بل إنه يشمل الأنواع الثلاثة الأخرى.

معايير الاختبار:

إذا كان التشخيص في معناه العريض يعني الكشف عن أوجه التشابه أو الاختلاف بين الفرد وغيره من الأفراد الأسوياء أو غير الأسوياء من مجموعته العمرية أو الحضارية، وهذا ما يمكن الحصول عليه من معايير الاختبار. وفيما يلي تعريف بهذه المعايير:

إذا استطاع مفحوص أن يعرف تعريفا صحيحا عشرين مفردة في اختبار المفردات اللفظية، وحصل على درجة واحدة عن كل مفردة وفقا لنماذج التصحيح فإنه يكون قد حصل على درجة خام *Raw Score* تساوي عشرين، فإذا كان مجموع المفردات في الاختبار أربعين، قلنا أنه حصل على ٥٠*%* من الدرجة : النسبة المئوية *Percentage Score* . ولا تمدنا الدرجة الخام ولا النسبة المئوية إلا بالقليل جداً من المعلومات في العمل الإكلينيكي، وذلك لعجزها عن تحديد موقع الفرد من المجموعة التي تقارنه بها.وهو ما يشار إليه بالمعايير: وهي تمثل في الاختبارات السيكولوجية أداء مجموعة ممثلة هي مجموعة التقنين على الاختبار.

وبذلك يمكن تحديد موقع الفرد في منحنى توزيع درجات عينة التقنين، ويتم ذلك عن طريق تحويل الدرجة الخام إلى مقياس نسبي، ومن خلال هذه الدرجات المحولة يمكن مقارنة أداء الفرد بغيره ، وأيضاً مقارنة أدائه على عدد من الاختبارات . وأهم الأنواع المعروفة من هذه الدرجات هي : الدرجات العمرية والمئينيات ، والدرجات المعيارية .

وفي كل الحالات يجب على الإكلينيكي أن يتعرف على خصائص عينة التقنين، وخصائص الاختبار المعين ، فلا يكتفي بمجرد معرفة عنوان الاختبار وذلك قبل استخدامه.

العوامل المؤثرة في نتائج الاختبارات النفسية .

هناك العديد من العوامل التي قد تؤثر في النتائج التي يحصل عليها الأخصائي، من خلال تطبيقه للاختبارات، ومن هذه العوامل نجد :

١- حالة المريض الصحية والنفسية أثناء التطبيق، إذ ينبغي أن يتأكد الأخصائي من أن المريض في حالة صحية ونفسية جيدة قبل البدء في التطبيق .

٢- شخصية الفرد الذي يطبق عليه الاختبار، ومدى استجابته أثناء التطبيق بالإضافة إلى انتباهه لما يلقى عليه من أسئلة، واستيعابه لطبيعة الأسئلة التي تلقى عليه وفهمها .حيث تتأثر النتائج التي يحصل عليها الأخصائي بشخصية المريض ، فهناك بعض الأفراد يستجيبون بشكل آلي على الأسئلة أو تخضع استجاباتهم للتخمين، أو يحاول البعض أن يظهر بصورة مقبولة أمام الأخصائي .

٣- نظرة المرضى إلى الاختبارات النفسية، فهناك من يعتبرها وسيلة مهمة للكشف عن جوانب شخصيته ، وهناك من يعتبرها وسيلة تستخدم ضده وهناك من يعتبرها عديمة الفائدة. وهنا يقع على الأخصائي النفسي دور هام في توضيح الهدف من هذه الاختبارات ليتمكن من الحصول على تعاون المريض .

مهارة الأخصائي في تطبيق الاختبار وقدرته على جذب انتباه المريض وتشجيعه على الأداء الجيد، وقدرته كذلك على إقامة علاقة جيدة بمريضه ، وتقبله له ولسلوكياته خلال موقف التطبيق، وكل هذه العوامل وغيرها تؤدي إلى تقبل المريض لإجراء مثل تلك الاختبارات.

أنواع الاختبارات التشخيصية.

تقسم الاختبارات التي تشيع استخدامها في المواقف الإكلينيكية على أساس الوظائف التي يفترض أن تقيسها هذه الاختبارات. وهي تشمل مجموعتين رئيستين من الوظائف أو الخصائص: الوظائف الذهنية وخصائص الشخصية (صلاح الدين ؛ عبد الوهاب ، ١٩٩٩: ١٠٧).

اختبارات الوظائف الذهنية.

ومنها الذكاء والاستعدادات الخاصة والذاكرة ،والقدرة على التجريد وتشمل هذه الوظائف القدرات اللفظية ، والقدرات الأدائية. وفيما يلي عرض مختصر لأكثر هذه الاختبارات شيوعا:

١- مقياس وكسلر-بلفيو لذكاء الراشدين :

يعتبر هذا المقياس من أشهر مقاييس الذكاء استخداما في الميدان الإكلينيكي، وذلك بسبب قدرته على تقدير نسبة الذكاء للفرد ، فضلا عن بعض الاستخدامات الحديثة له لاكتشاف أنماط الاضطراب العقلي. وقد وضعه دافيد وكسلر عام ١٩٥٥ .

ويتكون المقياس من جزئين : لفظي (ويتكون من ستة مقاييس فرعية هي: المعلومات العامة ، والفهم العام ، والاستدلال الحسابي ، وإعادة الأرقام والمتشابهات ، والمفردات)، وجزء أدائي(ويحتوي على خمسة مقاييس فرعية هي : ترتيب الصور ، وتكميل الصور ،وتجميع الأشياء ورسوم المكعبات ، ورموز الأرقام).

ويعطى الاختبار ثلاث نسب للذكاء هي ، نسبة ذكاء لفظي ، ونسبة ذكاء عملي ، ونسبة ذكاء كلية. وتعين نسبة الذكاء في تشخيص حالات الضعف العقلي وبالإضافة إلى ذلك فهناك محاولات ناجحة بينت أن المقياس يمكن أن يستخدم في تشخيص بعض الاضطرابات النفسية والعقلية وتمييز بعضها عن البعض الأخر.

استخدام مقياس وكسلر في المجالات الإكلينيكية .

يعتبر الفرق بين نسبة الذكاء اللفظية والعملية مؤشراً تشخيصا هاماً فإذا زادت نسبة الذكاء اللفظي عن العملي بمقدار ٢٥ درجة أو أكثر كان ذلك علامة على وجود اضطراب عقلي مرتبط بوجود تلف في الأجزاء اليمنى من المخ. أما زيادة نسبة الذكاء العملي عن اللفظي فهي تعتبر بدورها مؤشرا هاما على وجود ذهان عضوي مرتبط بتلف في المناطق اليسرى من المخ.

كذلك يساعد تحليل نمط توزيع الدرجات على المقاييس الفرعية ، أو ما يسمى بتحليل التشتت *Scatter Analysis* على الكشف عن طبيعة تنظيم وظائف الشخصية. كما أن المقارنة بين البنود على كل مقياس بمفرده لا يقل أهمية للتشخيص الإكلينيكي، ويسمى هذا الأسلوب بتحليل التشتت الداخلي للمقياس فنظرا لأن البنود مرتبة ترتيبا تصاعديا بحسب الصعوبة فإن من المتوقع أن ينجح الشخص في الإجابة عن البنود إلى درجة معينة يفشل بعدها في الإجابة عن البنود التالية ، ولكن يحدث أحيانا أن بعض الأفراد يفشل في الإجابة عن بنود سهلة وينجح في إجابة بنود أصعب أو أن يتذبذب أداؤه بين

البنود، ومن المعتقد أن مثل هذه الظاهرة تشيع في حالات القلق، أو قد تكون مؤشرا لاضطرابات أكثر خطوة مثل التلف العضوي (مليكة، ١٩٦٠).

٢- مقياس ستانفورد- بينيه الصورة الرابعة :

صدرت هذه الصورة للمقياس عام ١٩٨٦ حيث قام بإعدادها ثورنديك وهاجن وساتلر.وتعتبر هذه الصورة تطورا جوهريا في قياس القدرات المعرفية. ويتمثل نموذج تنظيم القدرات المعرفية في الصورة الرابعة من مقيال ستانفورد –بينيه في عامل الاستدلال العام g في المستوى الأعلى، تليه في المستوى الثاني ثلاثة عوامل عريضة هي : القدرات المتبلورة، والقدرات السائلة التحليلية ، والذاكرة قصيرة المدى. ويتكون المستوى الثالث من ثلاثة مجالات أكثر تخصصا هي: الاستدلال اللفظي والاستدلال الكمي، والاستدلال المجرد/ البصري. ويندرج تحت هذه المجالات خمسة عشر اختبارا تخصصيا.

فيندرج تحت الاستدلال اللفظي (اختبار المفردات ،والفهم،والسخافات والعلاقات اللفظية) ، وتندرج تحت الاستدلال الكمي (الاختبار الكمي، وسلاسل الإعداد ، وبناء المعادلات، أما الاستدلال المجرد/ البصري فتندرج تحته (اختبارات تحليل النمط ، والنسخ ، والمصفوفات ، وثني وقطع الورق)، وأخيرا تندرج تحت الذاكرة قصيرة المدى اختبارات (تذكر نمط الخرز ، وتذكر الجمل، وتذكر الأشياء وإعادة الأرقام) (مليكة ، ١٩٩٨).

وبذلك يمكن الحصول على خمس عشرة درجة عمرية معيارية ، وأربع درجات عمرية معيارية للمجالات الأربعة، فضلا عن درجة مركبة كلية، وبذلك يمكن رسم صفحة نفسية .

استخدام مقياس بينيه في المجالات الإكلينيكية .

١- يعتبر الكثيرون أن تطبيق المقياس هو في حد ذاته مقابلة إكلينيكية، ذلك أن العوامل نفسها التي تؤدي إلى صعوبته في التطبيق وضرورة المران المتعمق في تطبيقه ، هي التي تجعله أداة ممتازة لخلق التفاعل بين الفاحص والمفحوص.
٢- التشتت: قد يرجع التشتت في الصفحة النفسية للمقياس إلى عوامل في المقياس، مثل انخفاض ثبات الفقرات، انخفاض الارتباطات بينها ، ولكن قد يرجع التشتت إلى خصائص المفحوص ، وهو ما يحاول الأخصائي الإكلينيكي الإفادة منه في التشخيص.

٣- هناك من الدلائل ما يشير إلى أنه في حالة المرضى السيكياترين، فإن الدرجة على المفردات يتعين اعتبارها مقياسا للمستوى الوظيفي السابق على الإصابة.
٤- يعطي التفاوت بين مستوى المفردات ومستوى الأداء على الاختبارات الأخرى معامل الكفاءة *Efficiency* وقد كشفت بحوث بابكوك *Babcock* عن وجود معاملات كفاءة سالبة مرتفعة في حالات الاضطرابات المخية العضوية.

٣- مقياس ستانفورد- بينيه الصورة الخامسة :

يتكون المقياس في صورته الخامسة من ١٠ اختبارات فرعية، تتجمع مع بعضها لتكون عدداً من التقديرات ، تشمل:

١- مِقياس نسبة ذّكاءِ البطاريةِ المختصرةِ : ويتكون من اختباري تحديد المسار- سلاسل الموضوعات / المصفوفات والمفردات-
٢- مِقياس نسبة الذّكاءِ غير اللفظية : ويتكون من الخمسة اختبارات الفرعية غير اللفظية .
٣- مقياس نسبة الذكاء اللفظية : ويتكون من الخمسة اختبارات الفرعية اللفظية الذكاء الكلية للمقياس.
٤- نسبة الذكاء الكلية للمقياس : وهي ناتج جمع المجالين اللفظي وغير اللفظي أو المؤشرات العاملية الخمسة.

التغيرات والتحسينات في الصورة الخامسة :

١- عامل إضافي : تتضمن الصورة الخامسة ، خمسة عوامل(الاستدلال السائل المعرفة، الاستدلال الكمي، المعالجة البصرية المكانية والذاكرة العاملة) بدلاً من أربعة عوامل في الصورة الرابعة.
٢- مواد محببة للأطفال: احتفظت الصورة الخامسة بالعديد من اللعب والأدوات الملونة الموجودة في الصور السابقة ، وذلك للمساعدة في جذب انتباه الأطفال الصغار وتقييم الطفولة المبكرة.
٣- تعزيز المحتوى غير اللفظي: تستخدم نصف الاختبارات الفرعية في الصورة الخامسة طريقة غير لفظية للاختبار. وتغطّي نسبة الذكاء غير اللفظية كلّ العوامل المعرفية الخمسة الرئيسية .
٤- زيادة سعة المقياس: أضيفت فقرات جديدة لقياس الأداء الوظيفي المنخفض جدا والموهبة العالية جدا.

٥- تعزيز الاستفادة من الاختبار: توجد أنواع الفقرات وإجاباتها، ونماذج التصحيح وعوامل المقياس جنبا إلى جنب في كتيبات الفقرات والتعليمات وكراسة تسجيل الإجابة، لتسهيل الاستخدام الإكلينيكي.

٦- القياس الممتد: تسمح التعديلات التي أجريت على مقياس ستانفورد بينيه: الصورة الخامسة بقياس صادق لقدرات المسنين. وتتيح المعايير الحالية بإجراء مقارنات على أساس العمر من سنتين وحتى ٨٥ سنة فما فوق، فيمتد مدى المقياس فترة الحياة كاملة.

استخدامات المقياس :

- ✓ يستخدم في تشخيص حالات العجز الارتقائي للأطفال، والمراهقين والبالغين
- ✓ التقييم الإكلينيكي والنيوروسيكولوجى، والبحث عن القدرات، تقييم الطفولة المبكرة والتقديرات النفسية التربوية
- ✓ تقديم معلومات للتدخلات لإعداد الخطط العائلية الفردية للصغار الخطط التربوية الفردية للأطفال في سن المدرسة، التقييم المهني للمراهقين والتغيير المهني للراشدين وتصنيف الموظفين وانتقائهم ، والمعالجة النيوروسيكولوجية للراشدين .
- ✓ يمكن استخدام المقياس في السياقات الشرعية.
- ✓ كما يستخدم المقياس حاليا في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ،صعوبات التعلّم، والتأخر المعرفي الارتقائي في الأطفال الصغار بالإضافة إلى تسكين الطلاب الموهوبين عقليا في البرامج المدرسية.

٤- اختبار المصفوفات المتابعة.

يعد هذا الاختبار واحداً من أشهر اختبارات الذكاء المتحرر من التأثيرات الثقافية. وضعه رافن *Raven* سنة *١٩٣٨* في بريطانيا. ويتألف المقياس من خمس مجموعات ؛ كل مجموعة تتكون من *١٢* فقرة: رسم أو تصميم هندسي حذف منه جزء ، وعلى المفحوص أن يختار الجزء الناقص من بين ستة أو ثمانية بدائل معطاة. وتعتبر الدرجة الكلية على المقياس مؤشرا على الذكاء أو القدرة العقلية العامة للفرد.

ويتكون الاختبار من ثلاثة أشكال ، الشكل العادي وهو يصلح لكل الأعمار والشكل الملون ويصلح للأطفال من سن *٥* سنوات وضعاف العقول، والشكل المتقدم ويستخدم مع الأفراد الذين يتجاوز عمرهم *١١* عاما.

٥- اختبار الرسم لجودانف وهاريس .

أعدت جودانف مقياس رسم الشخص عام ١٩٢٦ كاختبار للذكاء . ولم يكن الاختبار بصورته الأولى يتطلب أكثر من رسم رجل على قطعة من الورق الأبيض . وفي عام١٩٦٣ ظهر تعديل جديد للمقياس باسم اختبار الرسم لجودانف وهاريس بحيث يغطي أعماراً تبدأ من الطفولة حتى المراهقة، ويتطلب التعديل الجديد أن يرسم الطفل أيضاً صورة لامرأة.

ولتصحيح هذا المقياس أعدت استمارة خاصة تشتمل على٧٣ فقرة يمكن توافرها في الرسم ، ويمكن تسجيل المفردات التي ترد في رسم أي مفحوص بالاستعانة بنماذج التصحيح ، وتحسب الدرجة الكلية في الاختبار بعد العلامات التي يسجلها المصحح.

اختبارات قياس الاضطراب في الوظائف العقلية .

يحتاج الأخصائي الإكلينيكي إلى مقاييس تساعده على التمييز بين الذهان العضوي والذهان الوظيفي. وتوجد مجموعة من الاختبارات والمقاييس التي تساعده على ذلك نذكر منها :

١- اختبار بندر جشطالت (للضبط الحركي).

يتكون هذه الاختبار من مجموعة الأشكال الهندسية البسيطة التي ابتكرها علماء مدرسة الجشطالت لدراسة العوامل الصيغية المساهمة في الإدراك الحسي أي العوامل المساهمة في تفسير مجموعة المنبهات على أنها صيغ إدراكية متكاملة .فقد قامت لوريتا بندر *L.Bandar* بتعديل هذه الأشكال لدراسة العوامل الوراثية والعضوية المسئولة عن الانضباط الحركي في إعادة رسم هذه الأشكال بدقة أو بدون دقة .

ويتكون الاختبار من تسعة أشكال هندسية بسيطة (مثل دائرة متصلة بمربع) ، يطلب فيها من الشخص أن يعيد رسم هذه الأشكال على قطعة ورق بعد النظر إلى كل شكل بمفرده .

ويتطلب تفسير الدرجات الانتباه إلى عدد من الخصائص والمؤشرات المهمة في الرسوم التي ينتجها الشخص مثل : الأحجام إن كانت أصغر أم أكبر من الشكل الرئيسي ، المسافة بين الرسمتين ، وموضع الرسم هل هو في وسط الصفحة أم في أحد الأركان، وتدوير محور الرسم، والقدرة على رسم الزوايا الحادة ، والتقاطع بين الخطوط...الخ.

ويعتبر المقياس أداة مهمة للتمييز بين أنواع الذهان الوظيفي والعضوي وربما يكون من أكثر الاختبارات شيوعا لتقدير التلف العضوي.

وقد تبين بشكل عام أن المصابين بالأمراض الذهانية نتيجة لتلف أجزاء من المخ عادة ما يستغرقون وقتا أطول وتشيع في رسومهم الأخطاء الإدراكية الدالة على التدهور مثل : صعوبات التقاطع بين الخطوط، وتجزئة الشكل بحيث يبدو الرسم ناقصا أو مفككاً ، وإعادة الرسم عدة مرات ، ونقص التآزر الحركي (إبراهيم ، عسكر ٢٠٠٨ : ١٦٣).

اختبار توصيل الحلقات .

نشر هذا الاختبار أساسا من قبل الجيش الأمريكي عام *١٩٤٤* . ويتكون من شكلين، الشكل أ : ويتكون من مجموعة من الدوائر في كل منها رقم يبدأ من (*١*) إلى (*٢٥*) ويتطلب من الشخص أن يصل الدوائر بترتيب أرقامها، ثم يحسب زمن الانتهاء من ذلك بالثواني. والشكل ب ويتكون من مجموعة من الدوائر بعضها يحتوي على أرقام ، وبعضها الأخر يشتمل على حروف أبجدية تبدأ من A إلى K ويكون المطلوب من الشخص وصل الدوائر بترتيب الأرقام والحروف معاً ، ويحسب الزمن لذلك .

والدرجة الكلية للمقياس هي عبارة عن مجموع الزمن الذي يستغرقه المفحوص للقيام بالعملية على الشكلين أ ، ب معاً.

اختبارات الشخصية.

يحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي في كثير من الأحيان إلى معرفة الجوانب الانفعالي والدافعية للحالات ، وهنا يلجأ إلى استخدام اختبارات الشخصية. وبالرغم من وجود العديد من اختبارات الشخصية فإنه يمكن تقسيمها إلى :

١- استبيانات الشخصية ٢- الأساليب الإسقاطية.

١- استبيانات الشخصية.

الاستبيان هو مجموعة من الأسئلة التي تعطى للفرد أو مجموعة من الأفراد للإجابة عنها بطريقة معينة، بهدف الحصول على بعض الحقائق الرئيسية عن شخصيته، وسماته الرئيسية، وانفعالاته في الماضي والحاضر. وهناك العديد من استبيانات الشخصية نذكر منها :

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI.

يعتبر هذا الاختبار من أضخم اختبارات الشخصية المعروفة لنا في الوقت الراهن. إذ يتكون من ٥٦٦ سؤال وضعها العالمان هاثاوي وماكنيلي *Hathaway & McNelly* من جامعة مينسوتا الأمريكية.

ع الدرجات على ويهدف هذا الاختبار إلى تصنيف الفرد بحسب إجابته إلى فئات الاضطراب السيكياترية التي يشتمل عليها الاختبار، وهي عشرة مقاييس فرعية يطلق عليها المقاييس الإكلينيكية وهي : توهم المرض ، والاكتئاب، والهيستريا والانحراف السيكوباتي ، والذكورة /الانوثة ، والبارانويا والسيكاثينيا ، والفصام والهوس الخفيف ، والانطواء الاجتماعي. بالإضافة إلى أربعة مقاييس صدق لقياس اتجاه المفحوص نحو الاختبار وتحديد مدى صدقه أو كذبه في الإجابات وهذه المقاييس هي: الكذب وعدم الإجابة ، والخطأ أو التواتر ، والتصحيح.

وقد جمع المؤلفان الأمريكيان بنود المقياس من خلال الرجوع إلى اختبارات الشخصية السابقة، والتقارير الإكلينيكية ، وإلى خبرتهما الشخصية (مليكة ، *١٩٧٥*).

الاستخدامات الإكلينيكية للاختبار :

لما كانت المقاييس الفرعية التي يتضمنها الاختبار قد أعدت للتنبؤ بفئات التشخيص الإكلينيكي المعروفة، فإن الاستخدامات المبكرة للاختبار كانت تعني بالنظر إلى درجات كل مقياس على حده ، بحيث إذا ارتفعت الدرجة عليه كان من الممكن التنبؤ بوجود الاضطراب الذي يقيسه هذا المقياس، لكن الأمر ليس بهذه البساطة ، فقد يحصل شخص عادي أو عصاني على درجات مرتفعي على مقياس الفصام، لهذا تم النظر إلى الشكل الكلي أو أنماط توزي جميع المقاييس ، وهكذا تبين أن هناك ثلاثة أنماط رئيسة متمايزة يمكن تفسيرها على النحو التالي:

أ- النمط العصابي أو ما يسمى بالثالوث العصابي : ويشير إلى الارتفاع في مقاييس ثلاثة هي توهم المرض، والاكتئاب ،والهيستريا.

ب- أما النمط الذهاني أو الثالوث الذهاني : فيشير إلى الارتفاع في مقاييس ثلاثة هي الفصام ، والبارانويا ،و الهوس الخفيف.

ج- أما الاضطرابات السلوكية أو الجنوح: فتتمثل في ارتفاع الدرجات على مقاييس الانحراف السيكوباتي ، والفصام ، والهوس الخفيف، مع احتمال ارتفاع الدرجة على مقياس الذكورة /الأنوثة .

هذا وقد تم إعداد صورة منقحة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه $MMPI - 2$ وتضم هذه النسخة عددا من المقاييس الجديدة التي يمكن استخراجها من بنود الاختبار مثل : مقياس إساءة استخدام المواد والمشكلات الأسرية ، والعجز الوظيفي في العمل ، واضطرابات الأكل واضطراب الهوية الجنسية ، والكبت والقلق ، والسيطرة والمسؤولية والعدائية.

٢- استبيان ايزنك للشخصية *EPQ*.

تقوم هذه الأداة بدور أساسي في علم النفس الإكلينيكي من حيث إنها تساعد في تمييز العصابيين عن العاديين وعن الذهانيين.ويعتبر استبيان ايزنك للشخصية هو صورة متطورة لاختبار ايزنك للشخصية *EPI*، فبالإضافة إلى مقاييس العصابية والانبساط والكذب التي يتضمنها الشكل المبكر، يحتوي الاستبيان على مقياس لقياس بعد الذهانية، كما يشتمل على مقياس إضافي للبعد الإجرامي في الشخصية، يساعد الأشخاص، وإذا في التنبؤ بالحالات السيكوباتية والجناح . ويشير مصطلح " الذهانية " إلى بعد في الشخصية يوجد بدرجات متفاوتة في ما وجد بدرجة عالية دل ذلك إلى القابلية لتطوير الاضطراب النفسي ، وإمكانية التحول إلى السلوك الذهاني.

كذلك فإن من يحصل على درجات مرتفعة في العصابية، ومنخفضة في الانبساط أي العصابي المنطوي يتميز بأنه سهل التطبيع ، وتضم هذه الفئة المصابين بعصاب القلق والمخاوف المرضية ، والاكتئاب والوسواس القهري ، وهؤلاء يحتاجون لنوع مختلف من العلاج. أما من يحصل على درجات مرتفعة في العصابية ومرتفعة في الانبساط أي العصابي المنبسط فهو شخص يصعب تطبيعه ، وينطوي تحت فئة العصابي المنبسط عصاب الهستيريا ، وبعض حالات الاضطراب السيكوباتي (ايزنك ؛ ايزنك ، *١٩٨٩*).

٢- الأساليب الإسقاطية :

يرى البعض أن استبيانات الشخصية والمقاييس الموضوعية لا تصل إلى الدوافع اللاشعورية، وتركز على السمات السطحية والاتجاهات الشعورية ، ومن ثم بدأت بعض الاهتمامات تتجه إلى تصميم ما يسمى بالاختبارات الإسقاطية *Projective Tests*.

ومفهوم الإسقاط يشير إلى أحد الأساليب الدفاعية المعروفة التي اكتشفها فرويد ، وهو يشير إلى هروب الفرد من الدوافع غير المقبولة لديه مثل الاتجاهات السلبية العدوانية ، أو الجنسية نحو الآخرين بعزوها إلى الآخرين ذواتهم. ولا يختلف مفهوم الاسقاط في اختبارات الشخصية كثيرا عن ذلك ، فالخاصية المييزة للاختبارات الإسقاطية هى إنها لا تحاول قياس الشخصية ومتغيراتها بأسئلة مباشرة ، بل تقدم للفرد منبهات غامضة غير محددة المعالم (مثل : بقع الحبر والصور ، والأشكال أو الجمل الناقصة) ، ويطلب من الشخص أن يصف ما يرى أو أن يكتب قصة أو أن يتخيل ما يدور بين الأشخاص في الصورة. ومن المتوقع أن الشخص الذي يجيب عن هذه الاختبارات نظراً لطبيعتها غير المحددة سيسقط مشاعره واهتماماته اللاشعورية وميوله الشخصية على هذه المثيرات الغامضة. هذا بالإضافة إلى مميزات أخرى لهذه الاختبارات نذكر منها :

١- عادة ما يكون الفرد غير واعي بالطريقة التي سوف تفسر بها استجابته ولذلك فإنه يكشف عن نفسه بسهولة، ولا تتأثر استجابته بالمرغوبية الاجتماعية .
٢- لا تقيس الاختبارات الإسقاطية جزئيات في الشخصية، ولكنها ترسم صورة كلية للشخصية .
٣- لا تقدر استجابات الفرد من حيث كونها صواباً أو خطأ ، ولكنها تفسر من ناحية دلالاتها على شخصية الفرد ، على اعتبار أنها لإسقاطات لمشاعره ورغباته (صلاح ؛عبد الوهاب ، ١٩٩٩: ٢٩٥).

ومن الممكن تصحيح كثير من الأساليب الإسقاطية بطريقة موضوعية ولكننا بذلك نفقدها بعض مميزاتها. وفي بعض الحالات الأخرى ، فإنه على الرغم من الوصول إلى الدرجات بطريقة موضوعية فإن تفسيرها يتطلب قدراً كبيراً من الأحكام الذاتية.

ومن أكثر أنواع الاختبارات الإسقاطية شيوعا في المجال الإكلينيكي، اختبار تفهم الموضوع ، واختبار رسم المنزل والشجرة والشخص ، واختبار تكملة الجمل واختبار بقع الحبر لرورشاخ. ومن هذه الاختبارات :

١- اختبار تفهم الموضوع *Thematic Apperception* Test

ويرمز له اختصارا بـ*TAT*. وضعه موراى *Murray* عام *١٩٣٥* واستخدم لأول مرة في دراسة التخيل لدى مفحوصين أسوياء ، ثم اتضحت بعد ذلك الإمكانيات الإكلينيكية للاختبار.

يتكون الاختبار من*٣١* بطاقة احدها بيضاء دون صور، ويستخدم منها ٢٠ بطاقة بالنسبة للمفحوص الواحد وتستبدل بعض البطاقات بغيرها في حالة الإناث أو الأطفال أو كبار السن، ويستخدم بعض الإكلينيكيين صورا مختصرة (*١٠* بطاقات منتقاه). وقد طبعت على كل بطاقة صوراً لأشخاص في مواقف اجتماعية مختلفة، حيث تعرض البطاقات على الشخص واحدة بعد الأخرى ويطلب منه أن يحكي قصة عن كل صورة معروضة تصف الأشخاص كما يراهم والمواقف التي جمعتهم والمشاعر والأفكار التي تسيطر على كل منهم، ومشاعره الشخصية نحو كل منهم والنهاية أو الخاتمة التي سينتهون إليها. وعلى الرغم من أن الكثير من الصور تثير أنماطاً من الاتجاهات (بعض الصور تثير اتجاهات نحو الوالدين أو نحو السلطة) فإن هناك أيضاً تنوعات كبيرة في موضوعات القصة ومحتواها.

وتتعدد طرق تفسير القصص في اختبار تفهم الموضوع ، لكن الطريقة الأصلية لموراي تهدف إلى تحليل دقيق لكل جملة في كل قصة وتقدر على مقياس من *١ : ٥* لظهور عدد من الحاجات الرئيسة ، والدوافع اللاشعورية مثل الحاجة للأمان والإنجاز، والحب ...الخ . كذلك يتم تقدير هذه الحاجات أيضاً من حيث شدتها أو أستمرارها ، وتواترها وأهميتها بالنسبة للحاجات الأخرى في الشخصية.

٢- اختبار روتر لتكميل الجمل .

توافقه.ويختلف هذا النوع من الاختبارات عن تفهم ويمثل اختبار روتر *Rotter* للجمل من الاختبارات الإسقاطية الفظية. وفيه يعطى الشخص عدداً من الجمل الناقصة مثل :

- أشعر..........................
- أغضب عندما ....
- أبي...........................

ويطلب من المفحوص أن يقوم بإكمالها وفقا للتداعيات التي تثيرها بداية الجملة المقدمة . ويتكون الاختبار من ٤٠ جملة ناقصة ، يطلب من المفحوص أن يقوم بإكمالها معبراً عن مشاعره وإحساساته. ويصحح الاختبار وفقا لمقياس من ١ :٧ درجات، وتتحدد درجة المفحوص على البند بمدى تعبير بقية الجملة عن توافقه أو عدم توافقه ، ويتضمن دليل الاختبار نماذج للجمل المختلفة والتقديرات التي يحصل عليها كل نموذج. ومجموع درجات المفحوص على بنود الاختبار تعبر عن درجة الموضوع ورورشاخ في أنه غير متعدد المكونات ولا يحتاج إلى تقدير ذاتي من الباحث سواء لتصنيف الإجابة أو تفسيرها.

الفصل الثالث

تكامل المعلومات الإكلينيكية وكتابة التقرير النفسي

بعد أن يتوافر للأخصائي النفسي الإكلينيكي معلومات وفيرة عن مريضه أمكنه جمعها من خلال ملاحظاته لسلوكه ، وتساؤلاته والاختبارات النفسية والسجلات . يبقى أمام الأخصائي أن يعرض هذه المعلومات في صورة مفيدة للفريق العلاجي أو الأسرة أو المؤسسات العلاجية الأخرى. وتسمى الطريقة التي يعرض بها الأخصائي هذه المعلومات باسم التقرير النفسي عن الحالة. وهي عملية ليست سهلة لأنها تتضمن اختيارات وقرارات من جانب الأخصائي عن المعلومات التي سيعرضها أو تلك التي سيتجاهلها (إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ٢٠٧).

ولهذا يجب أن يبدأ الأخصائي قبل كتابة التقرير بأن ينظم المعلومات المشتتة التي تجمعت لديه عن المريض من خلال مناهج التشخيص والتقييم المختلفة. ولذلك قد يجد الأخصائي النفسي أنه من الضروري أن يفحص المعلومات المتجمعة لديه ويعيد فحصها ووزنها بعناية قبل أن يصل إلى نتائجه النهائية وقبل أن يصوغ خلاصة أحكامه عن الحالة .

هذا ويختلف التقرير ومحتوياته باختلاف الجهة أو الشخص الذي سوف يوجه إليه ومدى قدرته على فهم ما يشتمله ذلك التقرير، لذلك ينبغي أن يراعي الأخصائي عند كتابة التقرير النهائي الجهة التي سوف تطلع عليه.

ويمكن التمييز بين ثلاثة أشكال من التقارير الإكلينيكية : التقرير الذي يرتكز على نظرية ، والتقرير الذي يرتكز على نتائج الاختبارات ، والتقرير الموجه نحو المشكلة. أما التقرير الأول فهو الذي يعتمد على نظرية معينة في التشخيص (مثل نظرية التحليل النفسي). وعلى الرغم من أن هذا النوع من التقارير قد يكون مفيدا إذا كان موجها لشخص مختص(كمحلل نفسي مثلا) فإنها عادة ما تكون بغير ذات قيمة وغير مفهومة إذا وجهت إلى عامة الناس ، إضافة إلى أنها تضع المادة العلمية في قوالب جامدة أملتها هذه النظرية أو تلك. أما التقارير التي ترتكز على نتائج الاختبارات فهي أكثر التقارير شيوعا ، إذ أنها تعرض نتائج الاختبارات التي طبقت وتركز على معناها وتفسيرها ، وعادة ما يدعم الأخصائي آراءه وتوصياته بتقديم نماذج من استجابات المريض في كل اختبار – إلا أن الصعوبة هنا تكمن في أن نتائج الاختبارات

أحيانا ما تتعارض مع بعضها- الأمر الذي يستوجب من الأخصائي توضيح هذا التعارض وتفسيره حتى لا يربك القارئ.

أما النوع الثالث والموجه نحو المشكلة فهو بلا شك أكثرها فائدة ؛ لأنه يجيب بشكل مباشر عن أسئلة المريض- إلا أن المشكلة الوحيدة هنا هي أن هذا التقرير يحد من عطاء الأخصائي النفسي في فهمه لأوجه السلوك المختلفة ، ذلك لأنه يحصره في الإجابة عن أسئلة محددة بعينها (الزيادي ، ١٩٨٧ : ٧٣).

والواقع أنه لا يوجد قالب جامد أو عناصر محددة يسير الأخصائي وفقا لها عند كتابته للتقرير الإكلينيكي ، فالخبرة والممارسة المهنية ينميان لدى كل أخصائي أسلوبه الخاص في كتابة هذه التقارير، وبرغم ذلك هناك عدة ملاحظات يتعين على الأخصائي مراعاتها عند كتابة التقارير النفسية :

١. السعي من أجل الوضوح والاختصار، فالتقرير الموجز والواضح أكثر إقناعا وفائدة.
٢. أجعل التقرير يخاطب مباشرة الجهة التي حولت المريض .
٣. قدم بعض النماذج من استجابات المريض والاختبارات لتوضيح أرائك وتدعيم توصياتك.
٤. أجعل التقرير يركز على أسئلة المريض أو من حوله.
٥. اعترف بالشك وعدم الوضوح إذا كان هناك شك أو غموض، ذلك أن نتائج الاختبارات قد تناقض مع بعضها البعض ، وتجاهل هذا التناقض لا يخدم المريض بل قد يؤدي إلى إرباك القارئ .
٦. تجنب التأثير الذاتي، فهناك بعض الأخصائيين يميلون إلى العبارات الغامضة، والتي تتسم بالعمومية، ولكن بدلاً من ذلك اجعل عبارات التقرير مرتبطة بالمريض .
٧. احذر التفسيرات المبالغ فيها للمعلومات التي حصلت عليها.

وبشكل عام لابد أن يتضمن التقرير النفسي مجموعة من النقاط الأساسية ، هي :

- ✓ أولا : البيانات الأولية الخاصة بالفرد .
- ✓ ثانيا : الأشياء التي يطلب مصدر الإحالة الإجابة عنها .
- ✓ ثالثا : البيانات الإكلينيكية الخاصة بشكوى المريض وتاريخه المرضي.
- ✓ رابعا : التاريخ الأسري .

- ✓ خامسا : التاريخ الشخصي للمريض، ويشتمل على البيانات التي تخص المريض وحياته الشخصية ، والاجتماعية والمهنية
- ✓ سادسا : الفحص النفسي.
- ✓ سابعا : الخلاصة والتوصيات .

وفيما يلي عرض لهذه النقاط والمعلومات التي يجب أن تشتمل عليها :

أولا : البيانات الأولية الخاصة بالفرد :

وهي عبارة عن البيانات الأولية الخاصة بالمريض، وعادة ما تكون تلك البيانات موجودة في بطاقة دخول المريض للمستشفى ومن الممكن أن يأخذها الأخصائي من ملفه.

ثانيا : الأشياء التي يطلب مصدر الحالة الإجابة عنها :

منذ الميلاد وحتى الوقت الراهن. وفيما يلي الجوانب الفرعية التي تشتمل عليها: يكتب التقرير عادة بهدف الإجابة على مشكلات إكلينيكية يطلب الآخرون من الأخصائي الإجابة عنها ، سواء كان هؤلاء أعضاء في الفريق العلاجي، أو قاضي محكمة ، أو مدير مدرسة ، أو هيئة تعليمية. لهذا يجب أن تتضمن الفقرة الأولى من التقرير السؤال الرئيسي أو المشكلة التي يريد مصدر الإحالة الإجابة عنها. وفيما يلي نماذج لكيفية صياغة هذه الفقرة :

- ✓ أحيل المريض من قبل الطبيب النفسي لتحديد الصعوبات الانفعالية والفكرية ومصادرها لديه .
- ✓ يهدف التقرير لتقدير المصادر الرئيسية المساهمة في مشكلاته .
- ✓ يهدف التقرير لتحديد أنجح الأساليب العلاجية التي تصلح مع هذا المريض في الوقت الحالي .
- ✓ أحيل المريض لتطبيق بطارية من الاختبارات العقلية بهدف البحث العلمي .

ثالثا: البيانات الإكلينيكية الخاصة بشكوى المريض وتاريخه المرضي:

ويتضمن ذلك الجزء بيانات تفصيلية عن شكوى المريض الحالية بألفاظه نفسها من حيث بدايتها ، ومدتها ، والظروف المصاحبة لها.بالإضافة إلى المعلومات الخاصة بتاريخه المرضي ، وكيف استجاب المريض للعلاجات السابقة. هذا وترجع أهمية تلك المعلومات في أنها تساعد الأخصائي على ترجمة كل ما يشكو منه المريض إلى أعراض مرضية محددة ، وبالتالي تساعده على وضع تشخيص مبدئي لحالة المريض. وهذه البيانات تشتمل على:

- ✓ الشكوى الحالية كما يذكرها المريض .
- ✓ كيف ومتى بدأت الشكوى .
- ✓ ما هي الظروف المصاحبة لظهور الشكوى.
- ✓ ما الذي ترتب على شكوى المريض.
- ✓ مسار الشكوى من المرض الحالي " يتزايد ، يتناقص ، ثابت ".
- ✓ العلاج الحالي الذي يخضع له المريض.
- ✓ هل سبق أن عانا المريض من أي اضطرابات نفسية أو عقلية.
- ✓ كيف تم علاج هذه الأمراض ، واستجابة المريض للعلاجات السابقة.

رابعا : التاريخ الأسري :

يتضمن هذا الجانب بعض البيانات الخاصة بحياة المريض، وظروفه الأسرية وعلاقته بأفراد أسرته سواء قبل المرض أو حالياً. وتفيد هذه المعلومات في العديد من النواحي ؛ فهي تساعد الأخصائي في تكوين فكرة عن أسرة المريض وعلاقاته بهم ، والتعرف على الأمراض الوراثية في الأسرة ، أيضاً تساعد في معرفة مدى مساعدة أفراد الأسرة للمريض وتقبلهم له، الأمر الذي يساعد في تحسن حالته. وهذه البيانات تشتمل على :

- ✓ من يعيش المريض معهم.
- ✓ علاقة المريض بالوالدين قبل المرض وبعده.
- ✓ علاقة المريض بأشقائه قبل المرض وبعده.
- ✓ وصف المريض للأب من حيث (عمره ، مهنته ، سماته الشخصية علاقته بالمريض....).
- ✓ وصف المريض للأم من حيث (عمرها ، مهنتها ، سماتها الشخصية علاقتها بالمريض....).

- ✓ وصف المريض لأشقائه من حيث (عددهم ، ترتيبه بينهم ، وظيفة كل منهم ، علاقتهم بالمريض ....).
- ✓ التغيرات الجوهرية التي حدثت في الأسرة (مثل الوفاة ، طلاق ،حوادث).
- ✓ دور المريض داخل الأسرة (الابن المدلل ، المكروه).
- ✓ الأمراض النفسية أو العقلية الموجودة داخل الأسرة.

خامسا : التاريخ الشخصي :

يعد هذا الجزء أساسيا في التقرير النفسي، نظراً لأنه يتضمن البيانات التفصيلية عن المريض :

١. مرحلة ما قبل الميلاد : وتتضمن بيانات عن حالة الأم أثناء الحمل والرغبة في الجنين .
٢. مرحلة الطفولة : وتشتمل على البيانات الخاصة بالمريض، كطبيعته وهو طفل (هادئ – عنيف) ، ما هي مشكلات المريض في هذه المرحلة الأمراض التي تعرض لها ، نظرة المريض لفترة الطفولة بشكل عام .
٣. مرحلة التعليم : عمر المريض ، ما هي مشكلات المريض في هذه المرحلة علاقات المريض داخل المدرسة بالمدرسين والرفاق ، آخر مرحلة دراسية وصل إليها.
٤. التاريخ المهني : الأعمال التي زاولها المريض ، عمره عند بداية العمل ، توافق المريض مع هذه الأعمال ، علاقاته بزملائه ، أسباب ترك العمل ، ما هي مشكلات المريض في هذه المرحلة .
٥. النمو الجنسي : عمر المريض عند البلوغ ، والمشكلات المصاحبة له كيفية التعبير عن الجنس بعد البلوغ ، ما هي مشكلات المريض الجنسية علاقته بالجنس الآخر.
٦. الزواج والأسرة : متى تزوج المريض ، كيفيه اختيار الزوجة أو الزوج العلاقات مع الزوجة ، التفاعلات مع الزوجة والأولاد ، دور المريض داخل الأسرة ، موقف الزوجة من المرض الحالي للمريض .
٧. شخصية المريض قبل المرض وبعده : فكرة المريض عن نفسه (سماته ، ميوله ، طموحاته.....ألخ).

سادسا :الفحص النفسي:

العمليات المعرفية، مثل : الانتباه، يحتوي هذا الجانب على العديد من الوظائف التي تساعد في وضع تشخيص للحالة ، ويشتمل على المظهر العام للمريض من حيث البنيان الجسدي ، وحالة الملابس ومدى اهتمامه بنفسه ، وتعبيرات الوجه وملاحظات الأخصائي ،والاختبارات النفسية التي تم تطبيقها ونتائجها. ولا يهتم الأخصائي فقط في تطبيق الاختبارات النفسية بتلك التي تهتم بتقييم جوانب الشخصية، بل يهتم أيضاً بتقييم والإدراك، واضطرابات

سابعا : الخلاصة والتوصيات :

في هذا الجزء الأخير من التقرير يلخص الأخصائي النقاط الرئيسة من التقرير ويجل توصياته. ولهذا يتضمن هذا الجزء أربع نقاط أساسية هي :

- الخلاصة التشخيص المرجح ، والتنبؤ ، والتوصيات.

وفي الخلاصة تكفي عبارات قليلة مكثفة تعكس وبسرعة المعلومات الضرورية والجوانب الأساسية في الحالة . أما التشخيص فيمكن أن يكون في شكل التشخيصات الطبية الشائعة ، مع استخدم عبارات ترجيحية، ومستندا إلى دليل تصنيف الاضطرابات النفسية ، للتأكد من تطابق التشخيص الذي توصل إليه مع محكات تشخيص الاضطرابات النفسية .

أما عن التنبؤ فهو من الأجزاء الصعبة في التقرير؛ لأنه يحتاج إلى قدرات حكم جيدة ، بالإضافة إلى بعض النقاط التي تساعد في التنبؤ الجيد . وتأتي بعد ذلك التوصيات التي من الضروري أن تكون متخصصة، وتساعد في إرشاد الآخرين على التعامل الجيد مع الحالة، وعلى رسم خطة علاجية ناجحة ، لهذا يجب أن تكون مرتبطة بواقع الحالة وظروفها ، ومتسقة مع النتائج التي استخلصها الأخصائي من دراسته للحالة .

نموذج

للتقرير النفسي

فيما يلي نموذج يوضح كيفية كتابة التقرير النفسي للحالة المرضية . وينبغي أن نؤكد على أن هذا النموذج مجرد مثال يستعين به الأخصائي عند كتابته لتقرير الحالة ومن الممكن التعديل فيه أو حذف أو إضافة أية فقرات أخرى أو إعادة ترتيبها.

البيانات الأولية :

الاسم : (ص).
النوع : ذكر . السن: ٢٨ سنة.
السكن : المطرية .
المستوى التعليمي : دبلوم تجارة.
الحالة الاجتماعية : غير متزوج . المهنة : عامل بناء.

الشكوى :

حاسس إن الدنيا سوداء في عيني مفيش فايدة، الواحد مش عارف يعمل إيه أحسن حاجة الواحد يموت علشان يرتاح ،مش عارف أنام أنا مش عارف أكل مفيش نفس لأي حاجة ، حاولت أنتحر مرة قبل كدة ولكن فشلت، أنا دايماً فاشل ومفيش حاجة أنجح فيها أبداً ، عاوز أرتاح يا دكتور أنا مش عارف حصل إيه! نفسي أرجع زي الأول ؛ أنام كويس أكل كويس أروح للشغل، ياريت تساعدني .

بدأت الشكوى الحالية منذ حوالي ستة أشهر، أعقبها محاولة انتحار فاشلة، وبعد ذلك نصحه بعض الأصدقاء والأهل بضرورة الذهاب للمستشفى.

ومن خلال المقابلة اتضح أن المريض بدأ يعاني من مشكلته بعد وفاة الوالد وشعوره بالمسئولية تجاه أفراد أسرته ، بالإضافة إلى أنه لا يعمل منذ فترة طويلة إلا على فترات متقطعة نظراً لطبيعة الحرفة التي يعمل بها، وازدادت معاناة المريض من تلك المشكلة إلى الحد الذي دفعه إلى القيام بمحاولة انتحار. ولم يتناول المريض أي أدوية ولم يذهب لطلب العلاج في أي مكان آخر . ومن خلال مناقشة المريض في تاريخه المرضي اتضح أن المريض لم يسبق له المعاناة من أي أمراض مشابهة سوى معاناته من بعض الأمراض العضوية التقليدية .

أما عن التاريخ الاسري فقد ذكر المريض أنه كان يعيش مع أفراد أسرته المكونة من الوالد والوالدة وأشقائه الثلاثة ، وكانت علاقاته بهم طيبة ، ولا يشوبها أي اضطرابات. والده كان يعمل في إحدى الشركات الإنتاجية (عامل نسيج) كان والداً حنوناً حريص على مصلحة أبنائه يعاملهم بحب وعطف ، توفى منذ تسعة أشهر تقريبا في حادث تصادم. والأم ربة منزل لا تهتم إلا بشئون أسرتها مسامحة عطوفة ، أما الثلاثة أشقاء فهو أكبرهم وله ثلاثة آخرين منهم اثنان في مراحل التعليم وأخت واحدة هي التي تليه في الترتيب، لا تعمل ومقيمة معهم بالمنزل. وعن دور المريض داخل الأسرة يقول إنه كان يساعد الوالد في تحمل بعض مسئوليات الأسرة ولكن بشكل محدود أما بعد وفاته فقد أصبح يشعر بأنه المسئول الوحيد عنهم، وأن عليه أن يلبي كل احتياجاتهم ، بالرغم من أنه لا يعمل في وظيفة دائمة. لا يوجد تاريخ للمرض النفسي داخل الأسرة أو العائلة .
أما عن التاريخ الشخصي للمريض فهو كما يلي :

طفولة المريض كانت عادية لا توجد بها أي مشكلات غير عادية ، كان طفلاً مدلل إلى حد كبير، مطيع لوالديه والأسرة كلها تحبه . بدأ الدراسة في سن السادسة وأنهى المرحلة الابتدائية ، ثم أنتقل إلى الإعدادية ولكنه تعثر في الصف الثالث الإعدادي أكثر من مرة (رسب مرتين) ، والتحق بالتعليم التجاري وحصل على شهادة الدبلوم. لا يذكر المريض أي مشكلات خلال مرحلة الدراسة سوى رغبته في ترك المدرسة في المرحلة الإعدادية ، إلا أن الأسرة رفضت ذلك . بعد نهاية التعليم أنهى المريض الخدمة العسكرية ، وبعدها بدأ في البحث عن وظيفة تمكنه من مساعدة أسرته وتكوين نفسه للزواج ، وفشل في العثور على وظيفة حكومية فلجأ إلى العمل مع أحد اقاربه في مهنة البناء، والمريض بصفة عامة غير راض عن عمله ويسعى إلى الحصول على عمل يتناسب مع مؤهله .
وفيما يتعلق بالنمو الجنسي يذكر المريض أن البلوغ كان في سن ١٥ عاما ولم يحدث أي مشكلات تتعلق بتلك الناحية ، ويعبر المريض عن الجنس من خلال ممارسة العادة السرية ، ومستمر عليها إلى الآن ، ليس له تجارب مع الجنس الآخر ولديه رغبة شديدة في الزواج ، ولكن نظراً لسوء أحواله المادية لا يستطع الإقدام على مثل هذه الخطوة. ويذكر المريض إنه قبل المرض الحالي كان :

انبساطي ، مرح ، متفائل، ويسعى قدر الإمكان لتحسين أوضاعه المادية. طموحاته كثيرة ، وتتمثل معظمها في الحصول على عمل مناسب والزواج ، ليست لديه هوايات ، وملتزم دينيا إلى حد ما .

أما بعض المرض أصبح المريض يميل إلى الوحدة ، متشائم ، سهل الاستثارة لديه مشاعر الإحساس بالدونية وعدم الكفاءة . ويرى نفسه الآن على أنه شخص فاشل، عاجز ، لا يستطيع تحمل المسئولية.

من خلال الفحص النفسي اتضح ما يلي :

المريض شاب في مقتبل العمر طويل القامة غير مهتم بمظهره، تعبيرات وجهه حزينة ، متعاون مع الأخصائي بدرجة متوسطة . حركته بطيئة ومحدودة الكلام قليل ونبرة الصوت ضعيفة وحزينة . غير منتبه ويشرد ذهنه بسهولة مستبصر بالزمان والمكان ، لا توجد هلاوس ولا ضلالات ، لا توجد اضطرابات في التفكير ، وانفعالاته بصفة عامة تتسم بالحزن، يعني من صعوبة النوم ، وقلة الأكل وبطء الحركة ، وتسيطر عليه فكرة الدونية والشعور باليأس والعجز.

وقد تم تطبيق مجموعة من الاختبارات هي :

اختبار بيك للاكتئاب لمعرفة مدى معاناه المريض من أعراض الاكتئاب وقد حصل المريض على ١٨ درجة ، وتشير إلى أن المريض يعاني من اكتئاب بدرجة شديدة . كما تم تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وأظهرت النتائج أن المريض يعاني من الاكتئاب العصابي، وقد جاءت تلك النتائج متفقة مع ما ذكره المريض من أعراض بالإضافة إلى الفحص النفسي، وبيانات المقابلة التي أجريت معه ، واستناداً إلى الدليل التشخيصي ، فالمريض من المرجح أنه يعاني من الاكتئاب العصابي.

أما الخطة العلاجية المقترحة فإن الأخصائي النفسي يوصي باستخدام العلاج الفردي التدعيمي، بالإضافة إلى العلاج المعرفي كأنسب الوسائل العلاجية في المرحلة الأولى، ويلي ذلك محاولة إشراك المريض في برنامج علاج جماعي. وعن التنبؤ بمسار الحالة يرى الأخصائي إمكانية تحسن الحالة المرضية لعدم وجود تاريخ وراثي ، والتوجه إلى العلاج بعد ظهور الأعراض المرضية بفترة قصيرة ،وسلامة كافة الفحوصات الأخرى، وأيضاً لرغبة المريض في المساعدة ، وتغير حالته والرجوع إلى ما كان عليه سابقاً.

الباب الثالث

تصنيف الاضطرابات النفسية وتشخيصها

- الفصل الأول : تصنيف الاضطرابات النفسية
- الفصل الثاني : تشخيص الاضطرابات النفسية

الفصل الأول

تصنيف الاضطرابات النفسية

تتفاوت أسس تصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية بتفاوت التكوين المنهجي ، والإطار الفلسفي للباحث أو الطبيب النفسي. وتعني كلمة التصنيف *Classification* حرفياً تمييز الشئ أو تعيينه. ويشير تصنيف الاضطرابات النفسية إلى تخفيض عدد الظواهر وتحديدها،على أساس خواص مشتركة بين مفرادات الصنف الواحد، بحيث يسهل إخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة، تسهل فهمها والتعامل معها.

والمنطق وراء التصنيف ليس إطلاق المسميات بين هذا عصابي وذاك ذهاني وإنما إذا كان عمل الإكلينيكي البحث وراء اختلال ما،فإن عليه أولا أن يستطيع التعرف على هذا الخلل وعزله وتفرقته بطريقة ما عن بقية الاختلالات الأخرى (سلامة ؛ عسكر ، *١٩٩٢ : ٣٧*).

التطور التاريخي للتصنيف في السيكوباثولوجية :

بدء الاهتمام بالأمراض العقلية ومحاولات تصنيفها منذ بدء الحضارة وتظهر بعض الفئات مثل الهوس والملانخوليا في كل التصنيفات تقريبا بدءاً من هيبوقراط ، فقد أدخل هيبوقراط (*٣٧٧ - ٤٦٠* قبل الميلاد) مفهوم المرض السيكياتري واقترح بعض التصنيفات ومنها: اضطرابات عقلية حادة يصاحبها أو لا يصاحبها خوف ، اضطرابات مزمنة دون حمى (ملانخوليا)، هيستريا انحراف الملبس .

- وقبل سيدنهام (*١٦٢٤-١٦٦٣*) كان يعتقد أن كل الاضطرابات العقلية تنشأ من عملية باثولوجية مفردة ،ولكن سيدنهام كان يعتقد أن هناك اضطرابات عديدة لكل منها مسار معين. وقدم الطبيب الفرنسي بينيل(*١٧٤٥-١٨٢٦*) تصنيفا للاضطرابات العقلية إلى: هوس ملانخوليا ، خرف *Dementia* ،وعته *Idiotism*. وقبل القرن العشرين كانت كل التصنيفات تقتصر على الجنون *Insanity* المرض العقلي الوحيد المعروف حينئذ، وكانت هذه التصنيفات يقوم بها أطباء وفلاسفة وليسوا متخصصين في الاضطرابات العقلية. وحوالي منتصف القرن العاشر بدأت تقام مؤسسات لرعاية مرضى العقول مما سمح بقدر من ملاحظة مسار المرض (لويس مليكة، *١٩٩٧: ٦٥).*

وتعددت نظم التصنيف إلى الحد الذي دعا إلى ضرورة الاتفاق على نظام موحد. وقد عهد إلى موريل عام ١٨٨٥ الإشراف على هذه المهمة، والتي انتهت إلى إقرار نظام تصنيفي من ١١ فئة .وقد توجت محاولات التصنيف في القرن التاسع عشر بأعمال كريبلين (١٨٨٥- ١٩٢٦) والتي أصبحت أساسا لنظم التصنيف التالية، فقد اهتم بمسار المرض وبالأعراض الثابتة المميزة في هذا المسار واقترح فئات منها : جنون الهوس- الاكتئاب، كما أدخل مفهوم الخرف المبكر وميز بينه وبين البارانويا، واستخدم مفاهيم العصاب السيكولوجي الأصل والشخصية السيكوباتية .

وبعد فترة غير بليلير *Bleuler* مصطلح الخرف المبكر إلى الفصام نظرا لأنه يمثل انفصاما بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية للمريض. أما في الولايات المتحدة الأمريكية ، فقد تطورت نظم التصنيف إلى أن توصلت الجمعية السيكاترية الأمريكية عام ١٩١٧ إلى نظام قائم على أساس نظام كريبلين وحتى مراجعته عام ١٩٣٤.

وظائف التصنيف :

يحدد التصنيف عددا من الوظائف منها :

١. اختزال الأوصاف السلوكية.
٢. توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات، وتيسير التواصل بين الإكلينيكيين في البحوث ، وفي الممارسات ، بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية، وبقصد تحسين فهم المريض.
٣. تيسير جمع وتخزين المعلومات الإكلينيكية واستعادتها مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطة بأغراض معينة أو غيرها وهو ما يسهم في تيسير مهمة التشخيص والتنبؤ والعلاج.
٤. التصنيف أساسي للبحث الأبيديمولوجي(الوبائيات) لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية عبر الثقافات والأعراق والطبقات الاقتصادية –الاجتماعية المختلفة.
٥. وصف أوجه التشابه والاختلاف المهمة بين المرضى السيكياتريين بحيث تؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يحتمل ظهورها لدى المريض، ولكن يشترط لتحقيق كفاءة هذه الوظيفة التجانس داخل الفئة.
٦. توفير مفاهيم أساسية لصياغة نظريات ملائمة للسيكوباثولوجية (مليكة ١٩٩٧ : ٥٨).

الأسس التي يقوم عليها التصنيف :

لكي يكون لعملية التصنيف أي جدوى تذكر ينبغي ما يلي :

١- ألا تقوم هذه العملية على مجرد تأملات نظرية، وإنما يجب أن تستند على حقائق موضوعية ، كما يجب تعريفها إجرائيا.

٢- ينبغي أن يمد التصنيف الأخصائي الإكلينيكي بمعلومات تتعلق بالموقف الإكلينيكي ، كما يكون لهذه المعلومات فائدة تنبؤية.

٣- ينبغي أن يكون التصنيف خاصاً بالاختلال نفسه، وليس بالأشخاص الذين يعانون من هذه الاختلالات ، كأن نقول هذا عصابي وذلك ذهاني...الخ. ذلك لأن عملية إلصاق المسميات هي عملية مهنية، فالفرد كائن له تفرده وكيانه الخاص الذي لا يمكن أن يساوي ما ظهر عليه من اضطراب (سلامة ؛ عسكر ١٩٩٢ : ٣٩).

الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية :

اعدت رابطة الأطباء النفسيين *APA* بالولايات المتحدة " الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية " *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* والمعروف اختصارا بـ*DSM.* . والذي حل محله**.** *DSM* عام *١٩٦٨* متأثرا بالمراجعة الثامنة للتصنيف الدولي للأمراض *International Classification of Diseases (ICD-8)* والصادر من منظمة الصحة العالمية *WHO*، وذلك لتيسير تبادل المعلومات بين البلاد المختلفة.

ونظرا لأن *DSM.* ظل مستخدما من عام *١٩٦٨* إلى عام *١٩٨٠* فإنه خضع لبحوث عديدة وللنقد، الأمر الذي أدى إلى ظهور الإصدار الثالث من الدليل *DSM* عام *١٩٨٠* ، والذي اشتمل على *٢٦٥* فئة، وهو عدد أكبر من عدد فئات الدليل الثاني والذي احتوى على ١٨٢ فئة والأول ١٠٨ فئة. ويستخدم الدليل الثالث محكات تشخيصية أكثر تحديدا ووضوحا ، ويطبق قواعد محددة على الأعراض الضرورية للتشخيص. وقد قامت الجمعية السيكاترية الأمريكية بمراجعة وتنقيح كتابها التشخيصي أكثر من مرة ، وكان آخر هذه المراجعات وأحدثها هو الدليل التشخيصي الرابع المراجع , TR- (DSM-V2004) والذي يمتاز باستخدام نظام متعدد المحاور في التشخيص *Multi-Axial Diagnosis* يشتمل على خمسة محاور هي:

- المحـور: ويشـمل الاضـطرابات السـيكياترية الرئيسـة كالاضـطرابات العضوية العقلية ، والعقلية.
- أما المحور: فيشمل الاضطرابات الارتقائية واضطرابات الشخصية.
- والمحور: فيتيح للإكلينيكي أن يحدد ما إذا كان العميل يعاني من مرض عضـوي كالفشـل الكلـوي أو الكبـدي أو أورام المخ...الـخ لـه علاقـة باضطراب الشخصية واختلالها.
- ويساعد المحورV: وجود ضواغط شديدة جدا، الإكلينيكي في تحديد التـوترات النفسـية الاجتماعيـة والبيئيـة التـي يمكـن أن تسـهم فـي الاضطرابات والاختلالات لدى الأفراد ، وذلك من خلال مقياس تقدير من ثمان نقاط تتراوح من
- الوالدين. وتتمثل الدرجات الوسطى على هذا المقياس في : تغير العمل.
- أما المحور V: فيشتمل على تقييم شامل للأداء الوظيفي ؛ ليبين أعلى درجة من السلوك التكيفي الإيجابي خلال الاثنى عشر شهرا السابقة هذا ويمكن القيام بتسجيل الأداء الوظيفي الشامل على المحور V باستخدام التقييم الشامل لسلّم الأداء الوظيفي *(GAF) Global Assessment of Functioning*. ويشمل إجراء تدريج *GAF* انتقاء قيمة وحيدة تعكس على نحو أفضل مستوى الأداء الوظيفي الشامل للشخص. ويمتلك وصف كل مجال من مجالات النقاط العشرة في سلم *GAF* جزئين: يغطي الجزء الأول شدة العرض، أما الثاني فيغطي الأداء الوظيفي كما يلي :
  - ✓ *١٠٠ - ٩١* أداء وظيفـي أعلـى فـي مجـال واسـع مـن الأنشـطة، مشـكلات الحيـاة لا تبـدو أبـداً أنـه قـد أفلـت زمامهـا، يسـعى إليـه الآخرون لصفاته الإيجابية العديدة. لا أعراض.
  - ✓ *٩٠-٨١* الأعراض غائبة أو في حدها الأدنى (مثال، قلق خفيف قبل امتحان ما)، أداء وظيفي جيد على كافة الصعد، مُهتمّ ومنخرط في مجال واسع من الأنشطة، مؤثر اجتماعياً، مُشبع (مسرور) بشكل عام بالحياة، ليس هناك ما هو أكثر من مشكلات أو انشغالات يومية (مثال، جدال مع أفراد العائلة بين الحين والأخر).
  - ✓ *٨٠-٧١* إذا كانت الأعراض موجودة فهي عابرة وهي ارتكاسات يمكن توقعها على شدة نفسية اجتماعية (مثال، صعوبة التركيز بعد جدال عائلي)، ليس هناك ما هو أكثر من اختلال طفيف في الأداء

الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال، تقصير مؤقت في الواجب المدرسي).

- ✓ ٦١-٧٠ بعض الأعراض الخفيفة (مثال، مزاج منخفض وأرق خفيف) أو بعض الصعوبة في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال، التسرّب من المدرسة بين الحين والآخر، أو سرقة ضمن المنزل) ولكن بصورة عامة يقوم بأداء وظيفي جيد نوعاً ما، ويقيم بعض العلاقات الشخصية الإيجابية.
- ✓ ٥١-٦٠ أعراض متوسطة (مثال، وجدان مسطح ومواربة في الكلام نوبات هلع أحيانا) أو صعوبة متوسطة في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال، قلة أصدقاء، نزاعات مع الأقران أو زملاء العمل).
- ✓ ٤١-٥٠ أعراض خطيرة (مثال، تفكير انتحاري، طقوس وسواسية شديدة سرقات متكررة للمحلات التجارية) أو أي اختلال خطير في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال، عدم وجود أصدقاء، عدم القدرة على الاحتفاظ بعمل).
- ✓ ٣١-٤٠ بعض الاختلال في اختبار الواقع أو التواصل (مثال، الكلام أحيانا غير منطقي أو غامض أو غير ملائم) أو اختلال كبير في عدة مجالات ، مثل العمل أو المدرسة أو العلاقات العائلية أو المحاكمة أو التفكير أو المزاج (مثال ذلك، رجل مكتئب يتحاشى الأصدقاء ويهمل العائلة وعاجز عن العمل؛ وطفل كثيراً ما يضرب من هم أصغر منه عمراً، معاند في البيت، ويفشل في المدرسة).
- ✓ ٢١-٣٠ السلوك يتأثر كثيراً بالأوهام أو الهلاوس، أو اختلال خطير في التواصل أو المحاكمة (مثلاً، متفكك أحيانا، يتصرف بشكل غير مناسب بوضوح، انشغال انتحاري) أو عجز الأداء الوظيفي في كافة المجالات تقريباً (مثلاً، يبقى في السرير طوال اليوم، لا عمل أو لا بيت أو لا أصدقاء).
- ✓ ١١-٢٠ وجود خطورة معينة لإلحاق الإذى بالذات أو بالآخرين (مثال محاولات انتحارية دون توقع واضح للموت، عنف متكرر، إثارة هوسية) أو يخفق أحيانا في الحفاظ على حد أدنى من النظافة

الشخصية (مثل، التلطخ بالبراز) أو اختلال فاضح في التواصل (مفكك بصورة كبيرة أو صامت).

- ✓ ١-١٠ خطورة دائمة لإلحاق إذى شديد بالذات أو بالآخرين (مثال عنف معاود) أو عجز دائم في الحفاظ على الحد الأدنى من النظافة الشخصية أو عمل انتحاري جدي مع توقع واضح للموت.
- ✓ صفر معلومات غير كافية.

المعايير المحددة للاضطرابات النفسية والعقلية:

توجد ثلاثة معايير أساسية يستخدمها المتخصصون في الصحة العقلية لتحديد الاضطراب النفسي والعقلي ، وتتمثل هذه المعايير في :

١- الشعور بعدم الراحة .
٢- الشعور بالعجز أو عدم القدرة.
٣- الانحراف عن المجتمع.

وكل من هذه المعايير الرئيسة الثلاثة يمكن أن تتزايد بدرجة كبيرة في الكم أو الكيف. كما أن كل منها يتضمن عددا كبيرا من الأعراض والحالات. وأي انحراف أو إنزعاج يمكن أن يتحدد باعتباره غير سوي إذا ما كان العجز أو التلف في الأداء موجوداً ، وهذا التلف يمكن الحكم عليه بناء على الأداء الشائع للآخرين أو بناء على التوقع الكامن أو الذاتي الخاص بالفرد (فايد ، ٢٠٠١: ٢١).

المحكات التشخيصية لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية:

سوف يعتمد في هذا الجزء على التصنيفات الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع*DSM –V* وذلك كما يلي:.

العصاب *Neuroses*

يعتبر تصنيف الاضطرابات العقلية إلى عصاب وذهان من أقدم التصنيفات وأكثرها شيوعا. والعصابيون بشكل عام أشخاص تسهل إثارتهم وتتملكهم أحاسيس الكآبة والشعور بالنقص... وتسيطر عليهم أحيانا بعض الاضطرابات المحددة كالخوف الذي لا مبرر له من الإصابة بالأمراض الجسمية أو من بعض الموضوعات التي لا تثير بطبيعتها الخوف. والعصابيون يستطيعون عادة أن يواصلوا نشاطهم وعملهم بالرغم من إحساسهم الظاهر بالعجز والتقييد.

وتتضمن الأعصبة العديد من الاضطرابات النفسية أهمها:
١- اضطرابات القلق.
٢- اضطرابات المزاج.
أولا : اضطرابات القلق *Anxiety Disorders* :
يعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب، وهو جزء من الحياة البشرية وأحد لوازم الوجود البشري، إذ إن القلق بمثابة الحرص والرغبة في الحياة. ويزيد آليات العمل النفسي حين ينتابها شعور غامض بالخطر أو التهديد. وهو على النقيض من الاكتئاب إذ تتزايد في حالات الاكتئاب آليات العمل التي تهدد حياة الفرد النفسية والاجتماعية (إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ٥٠).
ويعد القلق من أكثر الحالات الوجدانية الشائعة والمسببة لكثير من المشكلات. فقد أورد(شيهان ، ١٩٨٨ : ٢٠) أن القلق يصيب نحو ٥ % من السكان ويصيب ١ % منهم تقريباً إلى درجة العجز. وأغلب المصابين به١٨ % من النساء في سنوات القدرة على الإنجاب (عبد الخالق ؛ الدميح ، ٢٠٠٢). ورغم ذلك كما يشير ايدلمان (*Edelmann , 1995 : 1*) . فغالباً ما يستخدم بشكل غير محدد كما يعكس معاني متعددة . فمصطلحات مثل : الخوف ، والفوبيا والعصابية غالبا ما تستخدم بالتبادل مع بعضها البعض.
ويعتبر تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي *APA* عام ١٩٩٤ م أكثر تعريفات القلق شيوعاً، حيث أشارت إلى القلق بأنه " خوف أو توتر ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره كذلك غير واضح. ويصاحب كل من القلق والخوف عدد من التغيرات الفسيولوجية " (الأنصاري ، ٢٠٠٤).
ولقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (*DSM-IV, 1994*) العديد من الاضطرابات تحت زملة اضطرابات القلق على النحو التالي :
١) نوبة الذعر أو الهلع : *Panic Attack* :
وتبدو المظاهر الإكلينيكية لهذه النوبة في شكل خوف شديد أو حالة من عدم الارتياح، مصحوبة بأربعة إلى ثلاثة عشر عرضا بدنياً أو معرفيا. وتفاجئ النوبة الفرد ، وتنمو بسرعة ، حتى تصل إلى الذروة في خلال عشر دقائق، وغالبا ما يصاحبها إحساس بالغضب والاستياء وحاجة ملحة للهرب.
والأشخاص الذين يشكون من حالة الذعر يصفون خوفهم بصورة شديدة ويعتقدون بأنهم سوف يموتون ويفقدون السيطرة أو يصابون بسكتة

قلبية أو ربما يصابون بالجنون ، وتكون لديهم الرغبة الملحة في تلاشي هذه الهجمة الشرسة من نوبة الذعر.

ويمكن حدوث نوبة الذعر مع العديد من اضطرابات القلق مثل : الخوف الاجتماعي، المخاوف المحدودة ، اضطراب ما بعد الصدمة. لذا ينبغي الأخذ في الاعتبار كون هذه النوبة قائمة بذاتها أو إنها أحد أعراض اضطرابات القلق الأخرى.

معايير تشخيص نوبة الذعر :

طور منفصل من الخوف الشديد أو عدم الارتياح ، حيث تنمو أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية لتصل إلى الذروة خلال عشرة دقائق :

١- خفقان أو تزايد سرعة القلب.
٢- تصبب العرق .
٣- ارتعاش أو ارتجاف.
٤- إحساسات بقصر النفس أو الاختناق.
٥- شعور بالاختناق.
٦- آلام صدرية أو عدم ارتياح .
٧- غثيان أو اوجاع في البطن.
٨- الإحساس بالدوار أو عدم الثبات .
٩- تبدد الواقع (إحساسات بتبدل الواقع) أو فقدان الآنية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته).
١٠- الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
١١- الخوف من الموت.
١٢- تشوش الحس والشعور بالخدر والتنميل أو بالوخز.
١٣- الشعور بالبرد والقشعريرة أو الحرارة الزائدة المتهيجة (DSM-V ., 1994)

٢) الخوف من الأماكن الواسعة (الاجورافوبيا) *Agoraphobia* :

يتمثل المظهر الرئيس للخوف من الأماكن الواسعة في الشعور بالقلق الشديد من أن يكون الشخص في مكان أو موقف يصعب على الشخص الهروب منه، أو أن تكون إمكانية المساعدة غير متاحة إذا ما حدثت له نوبة ذعر، أو إذا طاردته مخاوف طارئة . وهذا القلق سيدفع صاحبه إلى تجنب أن يكون في مثل هذه المواقف أو الأماكن . ويشمل تجنب أن يكون وحيداً خارج

المنزل، أو داخله أو وسط زحام من الناس ، أو السفر بالسيارة أو الاتوبيس ، أو الطائرة أو المرور من على كوبري أو الصعود بالأسانسير(المصعد). وبعض الأشخاص يستطيعون التعبير عن مخاوفهم، ولكنهم يتحملون خبرة المخاوف ، مع توقع الخوف الشديد وبعض الأفراد قادرون على التغلب على هذه المواقف عندما يكونون في صحبة آخرين . والأشخاص الذين يتجنبون هذه المواقف المقلقة أو المخيفة يحرمون أنفسهم من القدرة على السفر والعمل والواجبات المفروضة عليهم خارج المنزل.

معايير تشخيص الاجورافوبيا :

١. القلق من أن يكون الشخص في مكان أو موقف قد يكون الهروب منها صعباً (أو مُحرجاً) ، أو أن تكون المساعدة غير متاحة في المواقف التي تحدث فيها أمور غير متوقعة إذا ما أصيب الفرد بنوبة ذعر. ومخاوف الأماكن المفتوحة تتضمن خصائص متجمعة من المواقف التي تشمل أن يكون الفرد وحيدا خارج المنزل، أو أن يجد نفسه ضمن حشد أو في صف أو على جسر أو يسافر في حافلة أو قطار أو سيارة.
٢. إن المواقف التي يتجنبها الفرد تكون مشكلة لمحنة أو مثيرة للقلق ، والخوف من مطاردة نوبة ذعر أو أعراض مشابهة لنوبات الذعر التي تتطلب وجود أصحاب أو مرافقين للمساعدة.
٣. وإن القلق أو المخاوف الدافعة للتجنب لا تعد من الاضطرابات العقلية الأخرى ، مثل الفوبيا الاجتماعية (مثال: تجنب محدود لمواقف اجتماعية للخوف من الارتباك)، واضطراب ما بعد الصدمة (مثال : تجنب الاثارة المرتبطة بالضغوط الشديدة) أو اضطراب قلق الانفصال(مثال: تجنب ترك المنزل والاقارب).

٣) اضطراب الذعر او الفزع *Panic Disorders* :

إن الملامح التشخيصية لاضطراب الفزع هي معاودة هجمات أو نوبات ذعر غير متوقعة ، يتبعها انشغال مستمر لإمكانية حدوثها مرة أخرى لمدة شهر على الأقل مع القلق المزعج على توابع هذه النوبات، أو حدوث تغير في السلوك نتيجة هذه النوبات ولا تكون نوبات الذعر في هذه الحالة نتيجة لتاثير تعاطي أية عقاقير أو مواد مؤثرة نفسيا (مثل التسمم بالكفايين) أو نتيجة لحالة طبية عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية.

وتحدث نوبات الذعر لدى هؤلاء الأفراد الذين يعانون اضطراب الفزع ولكن بصورة موقفية كما تحدث بصورة غير موقفية، فعلى سبيل المثال: قد يعاني بعض الأفراد تكرارها بصورة متوسطة(قد تحدث مرة في الأسبوع) وقد تأتي كل شهر في وقت ما، وآخرون قد يعانون بصورة دورية قصيرة يوميا ولمدة اسبوع، وقد تستمر النوبات لعدة شهور. وبشكل عام فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الذعر معرضون لنوبات من الذعر في أي وقت من أوقات حدوث الاضطراب.

معايير تشخيص اضطراب الفزع بدون الخوف من الأماكن المفتوحة:

أ- كل من ١ ، ٢.

١- معاودة ظهور نوبات ذعر غير متوقعة.

٢- حدوث نوبة واحدة على الأقل على مدار شهر أو أكثر لواحد أو اثنين من الآتي:

أ- القلق لحدوثها أو توقعها.

ب- الانزعاج على ما يعقب النوبة من نتائج (مثل: فقدان السيطرة الإصابة بنوبة قلبية ، الخوف من توقع الجنون).

جـ- تغير في السلوك مرتبط بالنوبة.

٣- غياب الاجورافوبيا أو الخوف من الأماكن المفتوحة.

٤- لا تعود نوبة الذعر إلى سبب سيكولوجي مباشر، أو نتيجة لتأثير أية مواد أخرى (مثل: المخدرات، أو الأدوية النفسية) أو بسبب حالة طبية عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية.

٥- لا تعد هذه النوبة كعرض لاضطرابات نفسية أخرى (مثل : الفوبيا الاجتماعية، أو الفوبيا المحددة، أو اضطراب الوسواس القهري).

٤) الفوبيا المحدودة (أو المخاوف البسيطة) *Simple Phobia* .

يتمثل المظهر الرئيس لهذا النوع من اضطراب القلق في انحصاره في كون القلق محدداً بموضوع ما أو موقف ما والذي يستدعي حالة من القلق المباشر للتعرض لموضوع الخوف ،وقد يأخذ هذا الخوف شكل الذعر أو الفزع ولكنه لا يشخص على أنه اضطراب فزع. ويتمثل القلق في هذه الحالات في الخوف من الأذى مثل الخوف من تحطم الطائرة إذا سافر فيها ، أو الخوف من أن يصدم أحد المارة بسيارته إذا قادها. ويجب أن تتضمن أشكال الخوف البسيطة قلق الفرد من فقدان السيطرة أو الذعر أو الاصابة بالأعياء والأغماء.

معايير تشخيص الفوبيا البسيطة :

١. ظهور الخوف الواضح بصورة زائدة أو غير معقولة ، نتيجة لموضوع أو موقف محدد (مثل الطيران ، الحيوان ، رؤية الدم).
٢. ظهور أعراض الخوف التي قد تتشابه مع نوبات الذعر ، ولكن بصورة موقفية أو عابرة، مع ملاحظة أن القلق في الأطفال قد يظهر في صورة صراخ ، نوبة غضب شديدة ، أو التسمر، أو التشبث (الارتماء في أحضان الغير والإمساك به بشدة).
٣. يكون الفرد مدركاً لأن خوفه غير معقول أو زائد عن الحد، مع ملاحظة أنه لدى الأطفال يمكن أن يغيب هذا المعيار.
٤. تجنب الموقف المستدعى للخوف مع حالة شديدة من القلق أو الشعور بالمحنة.
٥. تواجه هذه المواقف الفرد في حياته اليومية واعماله ودراسته ونشاطاته الاجتماعية أو تكون لديه حالة الارتباك لتوقع الخوف.
٦. لدى الأفراد تحت سن الثامنة عشرة يكون طور الخوف لمدة ستة أشهر على الأقل.
٧. لا تعد المخاوف وأعراض القلق الناتجة مرتبطة باضطراب قلق آخر.

أنماط محددة من المخاوف:

- ✓ الخوف من الحيوانات.
- ✓ الخوف من الموضوعات البيئية الطبيعية مثل: المرتفعات ، العواصف الماء.
- ✓ الخوف الموقفي مثل: الخوف من المواقف التي قد تؤدي إلى الصدمة التقزز، أو العدوى، وفي الطفولة : الخوف من الاصوات العالية.

٥) الخوف الاجتماعي *Social Phobia*.

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الأخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد. وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد ، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول، ويكون المريض مقتنعا أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع (عكاشة، ١٩٩٨: ١٣٣).

وتشتمل المظاهر التشخيصية على الحساسية الزائدة للانتقاد أو التقييم السلبي أو الرفض، صعوبة توكيد الذات ، وانخفاض تقدير الذات أو الشعور بالدونية، وغالبا ما يشعر المصابون بالمخاوف المرضية بالتقييمات غير المباشرة من الآخرين ولو كان لمجرد الاختبار. وربما تكون مهاراتهم الاجتماعية ناقصة وعدم القدرة على التواصل البصري مع وجود علامات ملحوظة على القلق مثل: برودة اليدين ، والارتجاف، مع الصوت المتحشرج.

معايير تشخيص الخوف الاجتماعي:

١. خوف واضح ومستديم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف التي تتطلب الأداء أو الإنجاز في جماعة . يخاف الشخص من أنه سيتصرف بطريقة (أو يبدي أعراضاً قلقية) ستكون مذلة أو محرجة. ملاحظة: يجب أن يكون عند الأطفال دلائل على مقدرة إقامة علاقات اجتماعية بما يتناسب مع العمر مع الأشخاص المألوفين ويجب أن يحدث القلق في مواقع يتجمع فيها الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقاته مع الراشدين.
٢. يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق بشكل دائم تقريباً، والذي قد يتخذ أحد أشكال نوبات الذعر. ملاحظة: قد يُعبَّر عن القلق لدى الأطفال بالصرخ والرجفة والتجمد، أو ثورات الغضب ،أو التجمد ،أو الانكماش والانسحاب من المواقف الاجتماعية مع الناس الغرباء.
٣. يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه وغير معقول. ملاحظة: قد يكون هذا المعيار غائباً عند الأطفال.
٤. يجري تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الشخص أو التي تحمله على الوجود في مثل هذه الأماكن مع القلق الشديد أو المحنة والارتباك .
٥. يؤثر التجنب أو توقع القلق في المواقف الاجتماعية بشكل بارز في حياة الفرد اليومية من حيث الأداء الوظيفي المهني (الأكاديمي) أو الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية، وتوقعه الإصابة بالخوف من الوجود في جماعة.
٦. تكون المدة لدى ممن تقل أعمارهم عن ١٢ سنة، فإن طور الخوف ينبغي أن يكون ٦ أشهر على الأقل.
٧. ينبغي أن يكون الخوف أو التجنب غير ناتج عن عوامل نفسية مباشرة أو تعاطي لمادة (سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة ولا يعد من الأعراض المرتبطة باضطرابات نفسية أخرى (مثل اضطراب الذعر مع أو بدون رهاب الأجورافوبيا أو اضطراب قلق

الانفصال أو اضطراب تشوه شكل الجسد أو اضطراب ارتقائي شامل أو اضطراب الشخصية الفصامية).

٨. إذا كان هناك حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر، فإن الخوف في المعيار(١) لا يكون مرتبطاً به، مثال: لا يكون الخوف بسبب التأتأة أو الارتعاش في داء باركنسون أو بروز اضطرابات الأكل.

٩. ويتحدد عموما إذا كان الخوف يشمل كل المواقف الاجتماعية (مع الأخذ في الاعتبار تشخيص اضطراب الشخصية الانزوائية).

٦) اضطراب الوسواس القهري *Obsessive-Compulsive Disorder*.

تتسم المظاهر الرئيسة لاضطراب الوسواس القهري في تكرار حدوث الوساوس أو الأفعال القهرية والاندفاعات المرضية ، والتي تكون مفرطة بحيث تستغرق وقتا طويلا (بمعنى تأخذ أكثر من ساعة في اليوم) أو تسبب المضايقة والارتباك ، مع تعطل واضح في الأنشطة المعتادة ، وفي بعض مواقف الاضطراب يستطيع الفرد أن يدرك أن هذه الوساوس والأفعال القهرية المرضية مفرطة وغير معقولة.

ولا يعود هذا الاضطراب إلى أسباب نفسية مباشرة، أو لتعاطي أية مواد لها تأثير نفسي أو كنتيجة لحالة طبية عامة.

وتسيطر أفكار معينة تميل إلى تكرار حدوثها بشكل إجباري أو قهري حول موضوع معين، مثل فكرة القذارة والدفاع عنها بقهر الاغتسال المتكرر. أو فكرة أن الباب ليس مغلقا على الرغم من إغلاقه وتكرار ذلك. أو الانزعاج المتكرر حول صعوبات الحياة مثل الدخل المادي والعمل ومشكلات المدرسة.

معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري:

أ- وجود أي من الوساوس أو الأفعال القهرية المحددة وفقا للبنود ١، ٢، ٣، ٤ الآتية:

١- تكرار حدوث الأفكار أو القهور والصور التي كان قد مر بها الفرد في خبراته في وقت ما أثناء أي اضطراب سابق بصورة غير ملائمة وتكون مسببة للقلق والارتباك.

٢- ليست الأفكار أو الاندفاعات أو الصور مجرد انشغالات على مشاكلات الحياة الواقعية.

٣- يحاول الشخص إنكار هذه الأمور أو كبتها أو إبطالها بأفكار أو أفعال أخرى.

٤- يــدرك الفــرد أن هــذه الوســاوس والأفعــال القهريــة (الأفكــار أو الاندفاعات أو الصور الوسواسية) تأتي من داخله (أي نتاج عقله) ، وليست مفروضةً عليه من الخارج كما في غرس الأفكار.

- الأفعال القهرية المحددة كما في البندين ١، ٢ كما يلي :

١- سلوكيات متكررة (مثل، غسل اليدين، الترتيب المسرف) أو أفعال عقلية (مثل،الصلاة ، العد القهري، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مدفوع لأدائها بصورة قهرية ، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

٢- تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الارتباك أو الأحداث المفزعة ؛وتكون هذه السلوكيات بمثابة محاولات لابطال الأفكار أو الأفعال الوسواسية ولكن بصورة مسرفة.

ب- يدرك الفرد في وقت ما أثناء طور الوسوسة القهرية أن أفعاله مبالغ فيها وغير معقولة مع ملاحظة غياب هذا الإدراك لدى الأطفال.

جـ- يسبب اضطراب الوسواس القهري نوعا من الارتباك والمحنة (يأخذ أكثر من ساعة يوميا) أو تتعارض مع أنشطة الفرد اليومية وأدائه الوظيفي والدراسي وعلاقاته الاجتماعية.

د- لا يعود الاضطراب إلى أسباب نفسية مباشرة لتعاطي أية مواد أو عقاقير أو لحالات طبية عامة، وبخاصة إذا : صاحب نقص في الاستبصار، إذا لم يدرك الشخص خلال حدوث الاضطراب أن افعاله القهرية مفرطة وغير معقولة.

٧) اضطراب الكرب التالي للصدمة *Post-traumatic Stress Disorder*.

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو اجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقا عاما لأي شخص. والمظهر الرئيس لاضطراب ما بعد الصدمة أو عصاب الصدمة هو تطور الأعراض المصاحبة لأية صدمة عنيفة وقعت للشخص، وسببت لغيره الموت أو الجرح أو الإذى المؤلم، أو التهديد بالاصابة بعاهة جسمية ، أو حتى مشاهدة هذه المواقف الصادمة أو بمجرد التعرف على مثل هذه الصدمات ونتائجها والسماع بإصابة أحد أعضاء الأسرة وما إلى ذلك.

وينبغي أن تتضمن استجابة الفرد للأحداث على الشعور بالخوف الشديد والعجز أو الهلع ، وتكون لدى الأطفال متضمنة التفكك والتوتر والخبل أو الهياج ويلي ذلك ميل الشخص لتجنب أية مواقف مثيرة لموقف الصدمة، وإذا ما تذكر الفرد هذه الأحداث أو أثيرت ذكرياتها فتظهر أعراض الخوف والقلق والاضطراب. والعرض الرئيس ينبغي أن يستمر لأكثر من شهر ، وأن يشكل هذا العرض محنة أو ارتباكا في الوظائف الاجتماعية والعمل والنشاطات المهمة للشخص.

معايير تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة:

أ- تعرُّض الشخص لحادث صادم مع وجود كلٍّ مما يلي:

١- معايشة الفرد أو مشاهدته أو تعرضه لأي حادث أو أحداث تؤدي إلى الموت فعلياً أو التهديداً بالموت أو الاصابة الشديدة؛ أو تهديد السلامة الجسدية لبدنه أو بدن الآخرين.

٢- أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الرعب. ملاحظة: قد يعبَّر عن ذلك عند الأطفال في صورة ارتباك حركي مع هياج.

ب- يعاد معايشة الخبرة الصادمة بطريقة (أو أكثر) من الطرق التالية:

١- معاودة معايشة الحدث الصادم، بما في ذلك الصور أو الأفكار أو الإدراكات. ملاحظة: قد يحدث عند الأطفال الصغار لعب تكراري يُعبَّر من خلاله عن مواضيع أو نواحي الصدمة.

٢- معاودة حدوث الأحلام المزعجة عن الحدث. ملاحظة: عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة بدون التعرف على محتواها.

٣- التصرف أو الشعور كما لو أن الحدث الصادم يعاود الحدوث (ويشمل ذلك الإحساس بأنه يعيش الأحداث مرة أخرى ، مع الاوهام والهلاوس والأحداث الانشقاقية ذات الرجع الصوري في صورة واعية).مع ملاحظة: قد يحدث عند الأطفال الصغار إعادة تمثيل الأحداث الصادمة.

٤- حدوث ارتباك نفسي لمجرد ظهور مثير، أو عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشابه أحد أوجه الحادث الصادم.

٥- عودة الفعالية النفسية عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية ترمز أو تشابه أحد أوجه الحدث الصدمي.

جـ- الميل الملح لتجنب أية مثيرات مصاحبة للصدمة وإخماد الاستجابة العامة- والتي لم تحدث صدمة من قبل- كما يستدل على ذلك بثلاثة (أو أكثر) مما يلي:
١- بذل الجهود لتجنب الأفكار أو الإحساسات أو الأحاديث المرتبط بالصدمة.
٢- بذل الجهود لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو حتى الوجوه البشرية التي تذكر بالصدمة.
٣- العجز عن تذكر أي مظهر مهم من مظاهر الصدمة.
٤- انخفاض الاهتمام أو المشاركة الواضحين في الأنشطة التي تدل على الصدمة.
٥- الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.
٦- تضيق المجال الوجداني (مثال: عدم القدرة على معايشة مشاعر الحب).
٧- التشاؤم المرتبط بالمستقبل (مثال، لا يتوقع أن يحصل على مهنة أو أن يتزوج أو أن يكون لديه أطفال أو أن يكون لديه مدى حياة طبيعي).
د- ظهور أعراض (لم تكن موجودة قبل الصدمة)، كما يستدل عليها من اثنين (أو أكثر) مما يلي:
١- صعوبة الاسترخاء أو الدخول في النوم بسهولة.
٢- استثارة أو انفجارات غضب.
٣- صعوبة تركيز.
٤- زيادة الحذر أو الاحتراس.
٥- الاستجابة المبالغ فيها للأمور المزعجة.
هـ- تستمر مدة الاضطراب (الأعراض في المعايير ب ، جـ، د) أكثر من شهر.
و- يسبب الاضطراب علامات إكلينيكية تدل على الارتباك في الوظائف الاجتماعية أو المهنية ، أو مجالات مهمة أخرى من الأداء الوظيفي.
- ✓ ويتحدد بالنسبة للصورة الحادة:إذا استمر العرض لثلاثة أشهر أو أقل قليلاً.
- ✓ وبالنسبة للصورة المزمنة: إذا كانت مدة الأعراض أكثر من ٣ أشهر.

٨) اضطراب القلق العام *General Anxiety*(يشمل اضطراب القلق الزائد في الطفولة).

إن المظهر الأساسي لتشخيص حالة القلق العام هي القلق المفرط والانزعاج (توقع الخوف أو ترقبه) ويحدث لأكثر من أيام، ويستمر على الأقل لستة أشهر على عدد من الأحداث أو الانشطة يجد الفرد أنه من الصعوبة السيطرة عليها.

معايير تشخيص حالة القلق العام:

أ- قلق زائد وانزعاج (لتوقع القلق) يحدث لأكثر من يوم، قد يستمر لمدة ٦ أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الإنجاز في العمل أو المدرسة).
ب- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على هذه المزعجات.
جـ- يصاحب القلق ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الست التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة).
ملاحظة: يكفي بند واحد عند الأطفال.
١- عدم الاستقرار أو الشعور بالتقييد أو اللهفة.
٢- سهولة الإحساس بالتعب أو الاجهاد.
٣- صعوبة التركيز أو فراغ العقل.
٤-استثارة.
٥- توتر عضلي.
٦- اضطراب النوم (صعوبة النوم أو البقاء فيه أو النوم المزعج أو اللامشبِع).
د- لا ترتبط الأعراض بأية اضطرابات قلق أخرى سبق عرضها.
هـ- يتسبب القلق أو الانزعاج في الاضطراب الإكلينيكي الواضح للوظائف الاجتماعية أو المهنية أو مجالات مهمة أخرى من الأداء الوظيفي.
و- لا يعود الاضطراب لأي تأثير دوائي أو عن حالة طبية عامة (مثل، زيادة افراز الغدة الدرقية) ولا يكون حادثاً أثناء اضطراب مزاج أو اضطراب ذهاني أو اضطرابات نمائية.

ثانيا : الاضطرابات المزاجية :

عرف الإنسان الاكتئاب أو الانقباض منذ أقدم العصور ، وربما يكون أقدم اضطراب طبي مسجل. وعبر التاريخ نُظر إلى الاكتئاب غالباً على أنه

أكثر الاضطرابات أو الأمراض النفسية شيوعاً في كل الحضارات (عبد الخالق ١٩٩١ : ٢). ويعود تاريخ الاكتئاب إلى القرن الرابع عندما أطلق الطبيب اليوناني أبوقراط على السوداوية أو الكآبة بالميلانكوليا (وهو الاسم القديم للاكتئاب) (*Robbins* , 1993 : 2) .

ومثل معظم أنواع الاضطراب لا يتألف الاكتئاب من صور متميزة، بل يكون اضطراباً تدريجياً مستمراً يبدأ بالحالات القريبة من السواء، ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض التي يتطلب العلاج الطبي (موسى ، ١٩٩٣ : ١٥) . لهذا يستخدم الاكتئاب كمصطلح من قبل العديد من الأفراد لوصف حالتهم الانفعالية عندما يشعرون بالحزن ، ومن ناحية أخرى يستخدم أيضا كمصطلح يطلق على أحد أشكال الاضطرابات المزاجية
(*Ingram* , 1994 : 113).

ويستخدم مصطلح الاكتئاب لوصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضاً لاضطراب بدني ، أو عقلي أو اجتماعي، كما يشير إلى مجموعة أعراض فسيولوجية، سلوكية ومعرفية، إلى جانب الخبرة الوجدانية (سلامة؛ عسكر ، ١٩٩٢ : ١٠٢). وتشمل أعراض الاكتئاب على ما يلي :

أ -الأعراض المزاجية.

تدور الأعراض الأولية للاكتئاب حول مشكلات المزاج . وتشير إلى التغيرات في مشاعر الفرد أو في سلوكه الظاهر الذي يعزى بشكل مباشر إلى حالاته الوجدانية، فيشير الفرد بأنه مكتئب ومنقبض ، وحزين ، ويأس وغالبا ما يشعر الشخص المكتئب بأنه منعزل ومرفوض ، وغير محبوب(الرشيدي وزملائه ٢٠٠٠ : ٥٨) كذلك قد ينعكس الحزن بشكل ملحوظ على تعبيرات الوجه وأحيانا أخرى قد يبدو طبيعياً كاستجابة متوقعة لحدث غير سار. لكن الحزن طويل المدى تحت أي نوع من الظروف هو ما يحتاج إلى الانتباه إليه (*Robbins* , 1993 : 4) .

وتتميز هذه الأعراض بظاهرة عامة هي التغير النهاري، ذلك أن شدة الأعراض تزيد في فترة الصباح ، وتتحسن تدريجياً أثناء اليوم حتى تقل حدتها مساء ، فيصحو المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق ، والاكتئاب ويبدأ في التحسن النوعي في وسط النهار ، ثم تقل بعد ذلك تدريجياً المعاناة النفسية (عكاشة ، ١٩٩٨ : ٣٦٣) .

ويحدد بيك (Beck , 1977 : 16- 21) من نتائج دراساته المتعددة عدة مظاهر انفعالية يتسم بها الشخص المكتئب ، فيما يلي :

١- المزاج المغتم .
٢- المشاعر السلبية نحو الذات .
٣- فقدان الشعور بالرضا أو الابتهاج ٤- نوبات البكاء.
٥- فقدان الإحساس بالمرح . ٦- شلل الإرادة .
٧ - فقدان التعلق الانفعالي .

ب - الأعراض الدافعية .

وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف ، حيث يعانى الأفراد المكتئبون غالباً من القصور في هذا المجال ، وقد يجد البعض الآخر صعوبة شديدة في القيام بالأعمال الروتينية (*Ingram* , 1994 : 114). كما تتمثل أيضا في شلل يصيب الإرادة ، والرغبة في الانتحار، وتزايد الرغبات الاتكالية (*Beck* , 1977 : 254) .

جـ - الأعراض البدنية .

وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب ، وتشمل التغيرات في عادات النوم والشهية والاهتمامات الجنسية ، وسرعة الإجهاد (*Beck* , 1977 : 254) .

وتعتبر الأعراض البدنية من أهم الأعراض التي تميز الاكتئاب الذهاني . ويعتقد البعض أن هذا الاكتئاب اضطراب فسيولوجي أولي بسبب اضطراب الموصلات العصبية في مراكز الانفعال في الدماغ (عكاشة ، ١٩٩٨ : ٣٦٧). وفي إحدى الدراسات توصل إلى أنه كلما شعر الفرد بمستويات مرتفعة من المزاج الاكتئابي ، كلما تزايدت الشكاوى البدنية ، وهذه العلاقة من الصعب أن نحدد فيها السبب والنتيجة ، فقد يسبب المزاج الاكتئابي المشكلات البدنية ، ومن المحتمل أيضا أن يستجيب الشخص للشكاوى البدنية من خلال الاكتئاب (*Robbins* , 1993 8):-

د – الأعراض المعرفية.

تتضمن الأعراض المعرفية للاكتئاب عدداً من الظاهرات المتنوعة التي تعتمد في الأساس على الطريقة التي يقيم بها الفرد ذاته ، والأسلوب الذي يفهم به عالمه ويفسره ويقدره. وتشمل هذه الفئة عدداً من مجموعات الأعراض المعرفية التي تقوم بأدوار مهمة في الاكتئاب ؛ سواء في نشأته وتطوره، أو في علاجه وتحسنه وهي:

إنخفاض تقدير الذات ، والتوقعات السلبية ، وكثرة لوم الذات ونقدها والتردد ، وعدم الحسم وتشوه صورة الجسم ، والمبالغة في تقدير المشكلات ، وبطء عمليات التفكير، وصعوبات في الذاكرة ، وتركيز الانتباه (الرشيدي وزملائه ٢٠٠٠: ٥٨ ؛ (Beck , 1977 : 254) .

أولا : الاضطرابات الاكتئابية :

١) نوبة الاكتئابية العظمى *Major Depressive Episode* .

أ- وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحد من الأعراض على الأقل إما:

(١) مزاج منخفض . (٢) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمّن الأعراض الناجمة بصورة جلية عن حالة طبية عامة أو الأوهام غير المنسجمة مع المزاج أو الهلاوس.

١- مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبَّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ) أو يلاحَظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو حزيناً دامعاً).
ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

٢- انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً) (ويستدل على ذلك بالرواية الذاتية أو بملاحظة الآخرين).

٣- فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو زيادة الوزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.
ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

٤- أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

٥- هياج نفسي حركي أو التململ، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

٦- تعب أو فقد طاقة كل يوم تقريباً.

٧- أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً).
٨- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما معبّر عنه ذاتياً أو ملاحَظ من قبل الآخرين).
٩- التفكير في الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب- لا تحقق الأعراض معايير النوبة المختلطة.

جـ- تسبب الأعراض إحساسا بالضيق أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات مهمة أخرى من الأداء الوظيفي.

د- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل قصور الغدة الدرقية).

هـ- لا تُعلل الأعراض بصورة أفضل من خلال الفقد، أي، بعد فقد عزيز؛ إذ تستمر الأعراض لأكثر من شهرين ، أو تتصف باختلال وظيفي كبير أو انشغال مرضي بانعدام القيمة أو تفكير انتحاري أو أعراض ذهانية أو اختلال نفسي حركي.

٢) الديسثيميا (عسر المزاج) *Dysthymic Disorder*.

لا تشمل الديسثيميا أعراضاً اكتئابية كثير مثل نوبة الاكتئاب العظمى فهي شكل أكثر لطفاً مع مزاج حزين (فايد ، ٢٠٠١: ١٠٩).

وتشمل المعايير التشخيصية على ما يلي :

أ- مزاج حزين معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الأخرين لذلك.

ملاحظة: يمكن أن يكون المزاج عند الأطفال والمراهقين مستثاراً، ويجب أن تكون المدة سنة على الأقل.

ب- وجود ظاهرتين (أو أكثر) مما يلي :
١- ضعف شهية أو زيادة في الأكل.
٢- أرق أو فرط نوم.
٣- انخفاض الطاقة أو تعب.
٤- انخفاض قيمة الذات.
٥- ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.

٦- مشاعر انعدام الأمل (اللاجدوى).

ج- لم يخلُ الشخص أثناء فترة سنتي الاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) أبداً من الأعراض المدرجة في المعيارين أ و ب لمدة تزيد على شهرين متواصلين.

د- عدم وجود نوبة اكتئابية جسيمة خلال العامين الأولين للاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين)؛ أي أنه لا يمكن تعليل الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب اكتئابي جسيم مزمن أو اضطراب اكتئابي جسيم في حالة هدأة جزئية.

ملاحظة: قد تكون هناك نوبة اكتئابية جسيمة حدثت سابقاً، شرط أن تكون في حالة سكون تام (لا وجود لأعراض أو علامات بارزة طوال شهرين) قبل تطور اضطراب عسر المزاج. فضلاً عن ذلك، وبعد العامين الأولين (عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين) من اضطراب عسر المزاج، قد تضاف نوبات من الاضطراب الاكتئابي الجسيم؛ وفي حالة كهذه يمكن وضع كلا التشخيصين إذا تحققت معايير نوبة اكتئابية جسيمة.

ه- لم توجد أبداً نوبة هوسية أو نوبة مختلطة أو نوبة تحت هوسية، كما لم تتحقق أبداً معايير اضطراب المزاج الدوري.

و- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير اضطراب ذهاني مزمن كالفصام أو الاضطراب التوهمي.

ز- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل قصور الغدة الدرقية).

ح- تسبب الأعراض ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى مهمة من الأداء الوظيفي.

حدِّد إذا كان:

بدء مبكر: إذا كان البدء قبل عمر ٢١ سنة.

بدء متأخر: إذا كان البدء في عمر ٢١ سنة أو أكثر.

ثانيا : الاضطرابات ثنائية القطب *Bipolar Disorder*.

١) الاضطراب ثنائي القطب *Bipolar Disorder* I

هو اضطراب يتسم بحدوث نوبة أو أكثر من الهوس أو نوبات مختلطة. وعادة ما يعاني الأفراد أيضا من واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى.

- نوبة الهوس *Manic Episode*

الهوس هو حالة مرضية تبدو أوضح ما تكون في الجانب الانفعالي للشخصية. والشخص في نوبة الهوس يكون مناقضا تماما لنوبة الاكتئاب من حيث الشعور بالبهجة والنشاط والسرور، والرضا عن النفس والسعادة بالظروف التي يعيشها، ويكون نشاطه الحركي والفكري أيضا سريعا ومتعجلا، كما يصرف انتباهه ويحوله من موضوع لموضوع آخر بسرعة. وعادة ما يفقد القدرة على التحكم والضبط ويكثر ضحكه وإلقاءه للنكت حتى البذئ منها دون حرج (فايد ، ٢٠٠١: ١١١)

ووفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع فلابد من وجود ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية :

١. تضخم تقدير الذات أو عظمه.
٢. انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم ٣ ساعات فقط).
٣. ثرثرة أكثر من المعتاد أو الضغط للاستمرار في الكلام.
٤. تطاير الأفكار أو ضغط الأفكار.
٥. التشتت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير مهمة أو ليست ذات صلة).
٦. ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً ، في العمل أو في المدرسة أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي.
٧. الانغماس المفرط في الأنشطة الممتعة التي تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف في عمليات شراء أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).

ويجب ألا ترجع الأعراض إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية عامة (مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية).

- النوبة المختلطة *Mixed Episode*

١. تحقُّق معايير كلٍّ من النوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية الجسيمة (باستثناء المدة) كل يوم تقريباً في غضون أسبوع على الأقل.

٢. يكون اضطراب المزاج من الشدة بما يكفي ليسبب اختلالاً واضحا في الأداء المهني ، أو في أنشطة اجتماعية معتادة ، أو في العلاقات مع الآخرين أو ليتطلب العلاج لمنع إلحاق الإذى بالذات أو بالآخرين، أو عندما يكون هناك أعراض ذهانية.

٣. لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الدرق).

ملاحظة: ينبغي عدم تشخيص النوبات شبه المختلطة والناجمة عن المعالجة الجسدية (الحيوية) المضادة للاكتئاب (مثل الدواء، المعالجة بالتخليج الكهربائي، المعالجة الضوئية) على أنها اضطراب ثنائي القطب.

٢) السيكلوثيميا (المزاج النوابي) Cyclothymic Disorder

١- وجود فترات عديدة لأعراض هوس خفيف وفترات عديدة لأعراض اكتئابية لا تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة لمدة سنتين على الأقل.

ملاحظة: يجب أن تكون المدة عند الأطفال والمراهقين سنة على الأقل.

٢- أثناء فترة السنتين (سنة واحدة عند الأطفال والمراهقين) لم يخلُ الشخص من أعراض المعيار ١ لمدة تزيد عاى شهرين متتاليين.

٣- لا وجود لنوبة اكتئابية عظمى أو نوبة هوسية أو نوبة مختلطة أثناء السنتين الأوليين من الاضطراب.

ملاحظة: بعد أول سنتين (سنة واحدة عند الأطفال والمراهقين) من اضطراب المزاج الدوري قد تُضاف نوبات هوسية أو مختلطة (في هذه الحالة يمكن تشخيص كلٍ من اضطراب ثنائي القطب I واضطراب المزاج الدوري) أو نوبات اكتئابية جسيمة (في هذه الحالة يمكن تشخيص كل من اضطراب ثنائي القطب II واضطراب المزاج الدوري).

٤- لا تُعلل الأعراض في المعيار ١ بشكل أفضل من خلال اضطراب الفصام الوجداني وهذه الأعراض ليست متراكبة على الفصام ،أو الاضطراب الفصامي الشكل ،أو الاضطراب التوهمي، أو الاضطراب الذهاني غير المحدد في مكان أخر.

٥- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل، سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل، فرط نشاط الغدة الدرقية).
٦- تسبب الأعراض اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى مهمة من الأداء الوظيفي.

الذهان *Psychoses*

يتساوى عند الكثير من العامة لفظ الجنون مع الأمراض العقلية، وهذا خطأ واضح لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية واضحة، ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي والعقلي يسمى بالجنون ، والجنون كلمة عامة لا تعني سوى اضطراب في السلوك والتفكير بعيداً عما هو مألوف من تقاليد المجتمع.

وتتميز الاضطرابات الذهانية بعدة أعراض تفرقها عن الاضطرابات العصابية وذلك كما يلي:

١. اضطراب واضح في السلوك ، بعيدا عن طبيعة الفرد من إنطواء انعزال إهمال في الذات والعمل، أو الاهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.
٢. تغير في الشخصية الأصلية ،واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف عن الشخصية الأولى.
٣. تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه.
٤. تغير الوجدان عن السابق.
٥. عدم استبصار المريض بعلته، فلا يشعر بمرضه، وأحيانا يرفض العلاج اعتقادا منه أنه لا يعاني من أي مرض.
٦. اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.
٧. البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره.

(عكاشة، ١٩٩٨ : ٢٤٨).

ولا يلزم وجود كل هذه الأعراض معاً ، بل أحيانا ما يبدأ المرض بمجموعة واحدة من هذه الاضطرابات. ويجب أن نفرق بين الذهان العضوي *Organic* والذهان الوظيفي *Functional*، والفرق بينهما يكمن أساسا في مسببات المرض لدى كل منهما. ففي حالة الذهان العضوي يكون الاضطراب بسبب اختلال أو اصابة عضوية في المخ أو الجهاز العصبي، أما الذهان الوظيفي فهو الأمراض العقلية التي لا نستطيع حتى الآن إيجاد سبب تشريحي

أو باثولوجي لها، ولكن لا يمنع من وجود اضطراب كيميائي فسيولوجي لا تستطيع العين المجردة رؤيته (إبراهيم؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ٧٥).
الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

Schizophrenia and Other Psychotic Disorders

أ- الفصام *Schizophrenia*.

لم يكن مفهوم الفصام (الشيزوفرينيا) معروفا لدى الأطباء النفسيين إلا عندما اقترح بلوير *Bleuler* الطبيب النفسي السويسري هذا الاسم كبديل لمصطلح آخر ابتكره من قبله كريبلين *Kraeplin* عام ١٩١٣ وهو العته المبكر *Dementia praecox* لوصف مجموعة من الأعراض الذهانية التي يتميز صاحبها بتدهور في وظائف التفكير، والإدراك والمزاج، والتي كان يرى أنها تظهر مبكرا في فترة الشباب. وقد اعترض على فكرة كريبلين بأن العته المبكر هو ذهان للشباب يقابل ذهان الشيخوخة بين المسنين .

ويخلط البعض خطأ بين الفصام كتعبير عن تفكك وظائف الشخصية وبين مجموعة الأعراض الهستيرية المسماه بانقسام الشخصية . وما يجب التأكيد عليه هنا أن ما يسمى بتعدد الشخصية يعتبر من أحد فئات العصاب وليس الذهان ففيه يتقمص الشخص أدوارا مختلفة ولو أنها متناقضة، ولكنه يقوم بكل منها بطريقة منطقية ومتماسكة ومتلائمة مع المتطلبات الاجتماعية للدور. بعكس ما يحدث في الفصام، حيث يعبر الاضطراب عن انفصام الشخصية عن متطلبات الواقع، فيتصرف الشخص بطريقة مضطربة ولا تتلاءم مع المعايير الخارجية ، كما يتضمن تفككاً في وظائف الشخصية الإدراكية والانفعالية والمعرفية .

ويعد الفصام أكثر الاضطرابات الذهانية انتشارا . وهذا الاضطراب يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية ، وكان كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى ، ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها (طه وزملاؤه ، ١٩٩٣).

المظاهر الإكلينيكية :

هناك أشكال مختلفة من الفصام وكل شكل منها يتميز بأعراض إكلينيكية مستقلة على أن هناك مع ذلك خصائص عامة تجمع بين هذه الأشكال المختلفة نجملها فيما يلي:

١- وجود ضلالات لا أساس لها من الصحة أو الواقع ، كأن يعتقد المريض أن سلوكه تحكمه قوى خارجية عنه ، أو أن أفكاره الداخلية تذاع على الهواء أو تنقل للآخرين بطريقة ما.
٢- اضطراب في شكل التفكير : أي التغير من موضوع إلى آخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة ، دون أن يكشف المريض عن أي وعي لوجود تماسك في الفكرة التي يتحدث عنها.ومن مظاهر الاضطراب الفصامي في شكل التفكير الميل نحو التجريدات العامة ، أو الميل إلى العيانية الشديدة.
٣- اضطراب عمليات التفكير: ويقصد بها العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيس ، وقد يأخذ اضطراب عمليات التفكير شكل البطء في الاستنتاجات أو الاستجابة للمنبهات الخارجية.
٤- اضطراب الوجدان: يتخذ الاضطراب الوجداني لدى الفصاميين شكلين مستقلين هما:

أ- اللاأكتراث أو تسطح الانفعالي : حيث يبدو المريض عاجزا عن اختبار الانفعالات القوية أو الاستجابة الانفعالية الشديدة .

ب- عدم ملاءمة الانفعال للحوادث الخارجية أو الأفكار الداخلية.

٥- الاضطرابات الحسية الحركية : الجمود في المشي والتصلب في الحركة من الخصائص التي تبين أنها تنتشر في بعض فئات الفصام، كالفصام الكتاتوني.
٦- العجز عن اتخاذ قرارات لتنفيذ المشروعات والنشاطات المتعددة التي يقترحها الفصامي، وذلك لأن الفصامي يشعر بأنه عاجز عن ضبط سلوكه.
٧- وجود هلاوس أي إحساسات حسية لا أساس واقعي لها ومنها الهلاوس السمعية.

المعايير التشخيصية :

أ- وجود اثنين من الأعراض التالية (أو أكثر)، على أن يوجد كل منهما لفترة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح):

١- ضلالات.

٢- هلاوس.

٣- عدم اتساق الحديث (مثال، الخروج المتكرر عن مسار الحديث أو عدم الترابط).

٤- سلوك تخشبي أو غير منظم بشكل واضح.

٥- أعراض سلبية، أي: سطحية الوجدان أو ندرة الكلام *Alogia* أو فقد الإرادة.

مع ملاحظة: يلزم وجود عرض واحد فقط من المعيار أ إذا كانت الضلالات غريبة أو إذا تكونت الهلاوس من صوت يستمر في التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره، أو وجود صوتين أو أكثر تتحادث مع بعضها البعض.

ب – خلل الأداء الوظيفي الاجتماعي/ المهني: خلال فترة الاضطراب ومنذ بدايته فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعمل أو العلاقات بين الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة واضحة دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المتوقع منه في العلاقات بين الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).

جـ- يشترط استمرار تلك الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل، على أن تشمل مرحلة نشطة مدتها شهرا واحدا على الأقل (أو أقل إذا ما تم علاجه بنجاح) وتكون أعراضها الذهانية مميزة للفصام كما في المعيار أ سواء صاحب ذلك فترة أعراض منذرة أو متبقية.

د- استبعاد اضطراب الفصام الوجداني والاضطراب المزاجي مع مظاهر ذهانية وذلك إما(١) لأنه لم تحدث نوبة اكتئابية عظمى، أو نوبة هوس ، أو نوبة مختلطة في وقت واحد مع أعراض المرحلة النشطة أو (٢) إذا ما حدثت نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة ، فإن مدتها يشترط أن تكون قصيرة بالنسبة إلى مدة النوبات النشطة والمتبقية.

هـ- استبعاد تأثير مادة/ حالة طبية عامة: لم ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثال، إساءة استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

ز- إذا كان ثمة تاريخ لاضطراب توحدي أو اضطراب نمائي شامل، فإن الفصام لا يضاف تشخيصه إلا إذا وجدت الضلالات والهلاوس البارزة أيضا لفترة شهر على الأقل (أو أقل إذا تم علاجه بنجاح).

الأنواع الفرعية للفصام :

١- الفصام البارانوي *Paranoid Schizophrenia*

يعتبر هذا النوع من أكثر أنواع الفصام شيوعا.والمصاب بها النوع نرى لديه بالإضافة إلى أعراض الفصام المعروفة بعض الضلالات وبخاصة ضلالات العظمة والاضطهاد، كما يتصف هذا المريض بسرعة الاستثارة ويميل إلى الشك . ويقع في مشكلات كثيرة مع الناس متهماً إياهم بأنهم يضطهدونه، وبتطور مرضه يعجز عن الاستمرار في العمل وتصبح حياته مفككة.

ويربط بعض المحللين النفسيين بين هذاءات المريض ودوافعه، إذ يرون أن ميكانزم الاسقاط يلعب دورا كبيرا في هذه الهذاءات، فالمصاب بالفصام البارانوي والذي يعتقد أن الآخرين يريدون قتله ليس ذلك في الواقع إلا تعبيرا عن رغباته الداخلية في القتل والتدمير. كما يعاني المريض غالبا من هلوسات سمعية وأحيانا بصرية (الزيادي، ١٩٨٠ : ٣١٦).

المعايير التشخيصية :

أ- الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات أو وجود هلاوسات سمعية متكررة.

ب- ليس ما يلي بارزاً: عدم اتساق الحديث (غير منظم)، سلوك مشوش (غير منظم) أو تخشبي، أو سطحية الوجدان أو غير مناسب.

٢- الفصام الوجداني *Schizoaffective Disorder*

وهو نمط من الفصام الذي تتوافر فيه أعراض الفصام إلى جانب التغيرات الواضحة في الحالة المزاجية أو الوجدانية. والفصام الوجداني يشفى بسرعة أكبر من الأنواع الأخرى ، لكن نوباته تميل إلى الظهور مرة أخرى (فايد، ٢٠٠١: ١٥٣).

المعايير التشخيصية :

أ- فترة مرضية معينة يوجد خلالها، في وقت ما، إما نوبة اكتئاب عظمى أو نوبة هوسية أو نوبة مختلطة تحدث في نفس الوقت مع الأعراض التي يستوفيها المعيار أ للفصام.

ملاحظة: يجب أن تتضمن النوبة الاكتئابية العظمى المزاج المكتئب في الاكتئاب العظيم.

ب- يوجد خلال الفترة نفسها من المرض، هلوسات لمدة أسبوعين على الأقل بغياب الأعراض المزاجية البارزة.

جـ- توجد الأعراض التي تنطبق عليها معايير النوبة المزاجية في جزء كبير من المدة الكلية للفترات الفعالة والمتبقية من المرض.

د- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدِّد النمط:

- ✓ النمط ثنائي القطب: إذا تضمن الاضطراب نوبة هوسية أو مختلطة (أو نوبة هوسية أو مختلطة ونوبات اكتئابية).
- ✓ النمط الاكتئابي: إذا تضمن الاضطراب نوبات اكتئابية عظمى فقط.

٣- الفصام البسيط *Simple Schizophrenia*

وهو من أصعب الأنواع تشخيصا، نظرا لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تفرقته عن بعض الأنواع الأخرى أو اضطرابات الشخصية ويتميز بالأتي:

١- يبدأ مبكرا بين ١٥-٢٠ سنة ويزحف ببطء وتدريجيا حتى ينتهي بتدهور مستمر في الشخصية.

٢- يتميز باضطرابات الوجدان والإرادة ، ولا يظهر أي أعراض كتاتونية أو ضلالات أو هلاوس. ويحتمل وجود بعض الاضطرابات البسيطة في التعبير عن التفكير كصعوبة التركيز، وضعف التفكير التجريدي.

٣- ينتشر هذا النوع بين أقرباء مرضى الفصام، والمدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسيا، كما أنه يكثر بين متوهمي العلل البدنية.

ونظرا لصعوبة التشخيص، وندرة وجود هذا النوع في البلاد الصناعية فقد ألغي التصنيف الأمريكي هذا النوع، واستبدله باضطراب الشخصية المسمى بالطابع الفصامي *Schizo type l*.

٤- الفصـــام الهيبفرينـــي (البلـــوغ –المراهقـــة). *Hebephrenic Schizophrenia*

يبدأ هذا النوع تدريجيا في العادة وفي الأغلب في سن المراهقة ، حيث يزحف ببطء وإن لم يعالج ينتهي بتدهور تام في الشخصية ويتميز:

اضطرابات التفكير بكل الأنواع خاصة صعوبة التركيز وعدم ترابط الأفكار، وخلل في التفكير المجرد ، وهامشية الإجابة على الأسئلة...الخ .

٥-الفصام غير المميز *Undifferentiated Schizophrenia*

هي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامة للفصام لكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة، وتعكس بعض السمات الخاصة لأكثر من نوع واحد منها، دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات (عكاشة، ١٩٩٨: ٢٩٢).

ويدل هذا النوع على أن عملية الفصام رغم إزمانها لم تستقر على تميز نوعي محدد، وكأن كل أعراض الأنواع الأخرى تتواجد بعضها مع البعض بنسب متقاربة (شاهين ؛ الرخاوي، ١٩٧٧: ٢٩٦).

المعايير التشخيصية :

نمط من الفصام تكون فيه الأعراض التي تنطبق عليه الأعراض نفسها الموجودة في المعيار أ مثل وجود الضلالات والهلاوس وعدم اتساق الحديث، لكن المعايير لا تفي متطلبات النمط البارانوي ، أو التخشبي ، أو غير المنتظم.

٦- الفصام الكتاتوني (التخشبي) *Catatonic Schizophrenia*.

ويبدأ في سن متاخرة عن البسيط والمراهقة بين ٢٠-٤٠ سنة، ويتميز باضطراب الحركة، وعادة ما يتحسن مع العلاج ، وأهم أعراضه الأعراض الكتاتونية، مع ملاحظة أن هذه الأعراض تظهر مع أمراض نفسية وعضوية أخرى.

المعايير التشخيصية :

نمط من الفصام يسيطر على صورته الإكلينيكية اثنان على الأقل مما يلي:

١- الجمود الحركي كما يتجلى في التخشب (ويشمل ذلك المرونة الشمعية) أو الذهول.
٢- النشاط الحركي الزائد (وهو بدون هدف ولا يتأثر بمنبه خارجي).
٣- السلبية الشديدة (وهي مقاومة لا غرض لها لكل التعليمات أو المحافظة على وَضْعة متصلبة تعاكس كافة محاولات التحريك).

٤- غرابة في الحركة الإرادية كما تتجلى باتخاذ وضعية (اتخاذ وضعيات غير ملائمة أو غريبة إرادياً) حركات نمطية أو أسلوبية بارزة أو اشمئزاز واضح في الوجه.

٥- ترديد المريض لما يقوله الآخرون.

٧- الفصام غير المنتظم *Disorganised Schizophrenia*.

نمط من الفصام يستوفي المعايير التالية:

أ- جميع ما يلي بارز:

١- عدم اتساق الكلام .

٢- عدم اتساق السلوك .

٣- وجدان مسطح أو غير مناسب.

ب- لا تتوافق المعايير مع النمط التخشبي.

٨- الفصام المتبقي *Resudual Schizophrenia*.

ويطلق هذا النوع على الفصاميين الذين مروا بنوبة فصامية حادة، أو طور نشط من التطور الفصامي، ثم استطاعوا أن يتكيفوا لمرضهم رغم بقاء بعض أعراض الفصام مهما كانت طفيفة ، وبالتالي فأن الأعراض تصبح خامدة متكررة وغير معوقة الدرجة نفسها من الحدة ، إذ يتعود المريض عليها وتصبح جزءاً من سلوكه.

ومن وجهة نظر المريض نجد ومن حوله نجد أنه قد تأقلم للحالة المرضية بنجاح نسبي، وبالتالي فإن هذا النوع يشبه إلى حد ما اضطربات الشخصية ، ولكنه يتميز عنه بوجود نوبة فصامية نشطة أو حادة واضحة في تاريخ المريض (شاهين ؛ الرخاوي ، ١٩٧٧: ٣٠٨).

١- أعراض فصامية سلبية بارزة أي بطء نفسحركي، قلة النشاط ، تبلد في الوجدان ، سلبية وانعدام الإرادة، قلة في مضمون وكمية الكلام ، فقر في التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه والتلاقي بالأعين وتغير نبرات الصوت وتغير وضع الجسم، انخفاض العناية بالذات والأداء الاجتماعي.

٢- هناك دليل في الماضي على وجود نوبة فصامية واحدة محددة على الأقل تستوفي شروط الفصام.

٣- وجود فترة سنة على الأقل انخفضت فيها كثافة ومعدل الأعراض المتفاقمة كالضلالات والهلاوس .

ب- اكتئاب ما بعد الفصام *Post –schizophrenic Depression* .

نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرضا فصاميا. ويجب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الإيجابية أو السلبية ولكنها لا تهيمن على الصورة الإكلينيكية. وفي حالة إذا كان المريض لا يحمل أعراضا فصامية عندئذ يجب استخدام تشخيص نوبة اكتئابية ، أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة فإن التشخيص عندئذ يكون تبعاً لنوع الفصام الملائم. ومن غير المؤكد وغير الأساسي بالنسبة للتشخيص ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو لانطفاء الأعراض الفصامية ، وليس نتيجة لظهور مرض جديد ، أو ما إذا كان الاكتئاب هو جزء داخلي من الفصام أكثر منه رد فعل نفسي له.

ونادرا ما تكون الأعراض على درجة من الشدة أو الشمول بحيث تستوفي شروط تشخيص نوبة اكتئابية حادة، وكثيرا ما يكون من الصعب أن نقرر أي من أعراض المريض نيجة للاكتئاب وأى منها نيجة للعلاج الدوائي المضاد للذهان أو نتيجة لاضطراب الإرادة والتسطح الوجداني الخاص بالفصام نفسه، ويصاحب الاضطراب الاكتئابي خطورة من الانتحار.

المعايير التشخيصية:

يستخدم التشخيص فقط إذا:

١- كان المريض قد أصيب بمرض فصامي يستوفي الشروط العامة للفصام وذلك خلال الاثنى عشر شهرا الأخيرة.
٢- كذلك لا تزال هناك بعض الأعراض الفصامية.
٣- لاتزال الأعراض الاكتئابية بارزة وموجعة وتستوفي على الأقل معايير نوبة اكتئابية ومر على وجودها اسبوعان على الأقل.

وإذا كان المريض لا يعاني من أى أعراض فصامية تشخص الحالة كنوبة اكتئاب، أما إذا كانت الأعراض الفصامية لاتزال متفاقمة وبارزة، فيجب أن يبقى التشخيص خاصا بنوع الفصام المناسب.

جـ- البارانويا *Paranoia*.

وهي حالة نادرة إلى حد ما وتتميز بوجود ضلالات دون هلاوس أو تدهور في الشخصية، وتتميز هذه الهذاءات بقوتها ، وترتيبها، وتنسيقها وكثيرا ما نجد اتباعا لهؤلاء المرضى يؤمنون بالاعتقاد الخاطئ نفسه.

وعادة ما تكون شخصية مريض البارانويا قوية ، مسيطرة ،سائدة ، طاغية أنانية لا تحترم في داخلها عواطف الأفراد ، وإن كان يحاول تمثيلها ظاهريا ويمتلك قدرة فائقة على الإقناع، وتدريجيا يستطيع أن يجمع حوله الكثير من الأتباع، ويتميز أيضاً مريض البارانويا بالشك فيمن حوله، وعدم ثقته المطلقة في أحد من الأتباع ودائما ما يسخر من أي آراء تخالف لآراءه، ويحتم على الجميع الاقتناع والاقتداء برأيه الذي يؤمن بأنه الأصح (عكاشة، ١٩٩٨: ٢٩١).

د- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (ذهان الهوس والاكتئاب)
Bipolar Disorder

يتميز بعدة خصائص تميزه عن الفصام وهي:

١- النوبات الدورية المتكررة لهذا الذهان ، ونشأة كل الأعراض ثانوية ومتآزرة مع المزاج.
٢- وجود التجاوب الانفعالي بين المريض والمعالج.
٣- تناسب الانفعال ووجود شحنة انفعالية قوية إما اكتئابية أو انبساطية.
٤- يبدأ في سن متأخرة إلى حد ما عن الفصام.
٥- الشخصية السابقة للمرض تتميز بالتغير المزاجي من المرح إلى الاكتئاب مع تكوين جسمي مكتز.
٦- الشعور بالذنب، وتأنيب الضمير ، والتقليل من قيمة الذات ، أما في حالات الفصام الوجداني فتتجمع كما ذكرنا سابقا أعراض الفصام مع الذهان الوجداني.

وهذا الاضطراب نجده في ثلاثة صور: أما صورة الاكتئاب ، أو صورة الهوس أو الصورة الدورية (المختلطة).

- نمط الاكتئاب: وفيه نجد السمات الأساسية لحالة الاكتئاب من شعور المريض بالحزن واليأس والخمول الشديد والبطء النفسي الحركي، حيث نرى المريض يؤدي أبسط الأعمال بجهد ومشقة وصعوبة في التفكير وإحساس شديد بالذنب وتحقير للذات ، وكأنه ارتكب أخطاء العالم، ولذلك فكثيرا ما يحاول الانتحار. وبالإضافة إلى ذلك توجد هلوسات وهذاءات ، وتنمو الهذاءات عادة مع شعور بالتفاهة، والذنب ويسمع أصواتاً تحط من كرامته ، ويصاحب هذا الانهيار النفسي انهيار جسدي فينخفض نشاط الجهاز المعدي المعوي وينخفض ضغط الدم وتنقطع الدورة الشهرية وينعدم النوم.

- نمط الهوس : وهو عكس الاكتئاب تماما ، حيث يتسم المريض بالمرح الزائد والشعور بالتفاؤل والتدفق السريع للأفكار مع نشاط حركي زائد والصياح والرغبة في التحدث بلا توقف.
- النمط المختلط أو الدوري: يدرج في هذه الفئة المرضى الذين تظهر لديهم علامات مختلطة واضحة من الهوس والاكتئاب معا (النمط المختلط) أو تقلب مستمر بين هوس واكتئاب (النمط الدوري). ومعظم الناس تقريبا تتأرجح حالاتهم المزاجية بين الحين والآخر، فنجد الفرد مرحا نشطا في فترة ما ،ثم نراه عبوسا مكتئبا في وقت آخر، إلا أن هذه الحالات الدورية المتقلبة عند الذهاني حادة ومفرطة ولا تتناسب مع الموقف الخارجي (الزيادي ، ١٩٨٠: ٣٢٣).

اضطرابات الشخصية :

اشتقت كلمة الشخصية في اللغة العربية من "شخص": جماعة شخص الإنسان وغيره ، وهو كذلك " سواد الإنسان تراه من بعيد، وكل شيء رأيت جسمانه فقد رأيت شخصه ". ثم انتقل التعريف من المستوى المادي إلى المستوى المعنوي فأورد (مجمع اللغة العربية ، ١٩٧٣) أن الشخصية " صفات تميز الشخص عن غيره، ويقال فلان ذو شخصية قوية : ذو صفات متميزة ، وإرادة وكيان مستقل ".

أما مصطلح الشخصية في اللغات الأوربية فيرجع إلى الكلمة اللاتينية *Persona*، وهذا الأصل " يدل في البداية على القناع الذي يضعه الممثل على وجهه أثناء أداء الدور المسند إليه، ثم صار بعد ذلك يدل على الدور نفسه ".وظهرت كلمة شخصية (*Personnage*) بعد كلمة شخص في منتصف القرن الثالث عشر الميلادي، واشتهرت في القرن الخامس عشر الميلادي.

وقد استخدمت في حقل علم النفس كما تشير لذلك الموسوعة الفلسفية بأنها مأخوذة من الترجمة الفرنسية(*Personnalité*)،وتعني" الخصائص الجسمية والوجدانية والعقلية والنفسية التي تعيّن الفرد وتميزه عن غيره؛ فلكل شخص شخصية تخصه دون سواه " (عبد الخالق ، ١٩٩٦ : ٦٣).

هذا وقد تعددت التعريفات التي قدمت لمصطلح الشخصية ، نذكر منها تعريف كاتل *Cattel ١٩٤٣* " الشخصية هي ما يمكننا من التنبؤ بما سيفعله الشخص عندما يوضع في موقف معين". كذلك أشار

جيلفورد *Guilford* عام ١٩٥٩ إلى الشخصية بأنها " ذلك النموذج الفريد الذي تتكون منه سماته". ويعد تعريف ألبورت *Allport* عام ١٩٦١ من أكثر التعريفات شيوعا ، فالشخصية " هي التنظيم الديناميي داخل الفرد لتلك الأجهزة الجسمية والنفسية التي تحدد طابعه الخاص في توافقه لبيئته" حيث يركز على الطبيعة الارتقائية للشخصية ، كما يركز على الجوانب الداخلية أكثر من المظاهر السطحية (الأنصاري ، ٢٠٠٠: ٣٠).

الشخصية السوية والمضطربة:

تمر الشخصية الإنسانية في مراحل مختلفة من الطفولة حتى النضج وحينما نقول إن الشخصية ناضجة، فإن ذلك يعني أن الشخص قادر على التوافق مع الآخرين ، ويوجد لديه قدر كبير من التناسق في السمات التي تميزه بجودة علاقاته وصحتها مع الأخرين .أما عدم النضج فإنه يعني أن الشخص بالرغم من اكتمال نضجه الجسمي فإنه غير قادر على التفاعل السوي مع الآخرين، وهنا نقول أن هذا الشخص مضطرب (عكاشة ، ١٩٩٨: ٥٤٩).

ويعني مصطلح اضطراب الشخصية نمط من سوء التوافق له جذوره العميقة والخاص باضطراب العلاقة بالآخرين . والشخص المضطرب لا يعي بوجود مشكلة ولكنه يسبب آسى شديد للأخرين. كذلك أشار ماير *Mayer* عام ١٩٩٤ إلى أن اضطراب الشخصية هو نمط معرفي سلوكي يظهر منذ عمر مبكر ، وينميه الفرد لكي يواجه مشاكل حياته المحددة والبسيطة (فايد ، ٢٠٠١: ١٧٢).

وتشتمل اضطرابات الشخصية وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع على عشرة أنواع مقسمة إلى ثلاث مجموعات كما يلي:

المجموعة الأولى *Cluster* A :

أ- الشخصية الاضطهادية أو البارنويدية .

ب- الشخصية الفصامية.

جـ- الشخصية الشبه-فصامية.

المجموعة الثانية *Cluster* B :

د- الشخصية المضادة للمجتمع .

ه- الشخصية الحدية أو البينية.

و- الشخصية الهستيرية .

ز- الشخصية النرجسية.

المجموعة الثالثة *Cluster C* :

حـ- الشخصية التجنبية أو الانزوائية.

ط- الشخصية الاعتمادية.

ى- الشخصية الوسواسية القهرية.

ك- اضطراب شخصية غير محدد.

المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية :

١- نمط ثابت من الخبرة الداخلية والسلوك يختلف بوضوح عن الثقافة التي يعيش فيها الفرد. ويتضح هذا النمط في مجالين (أو أكثر) من المجالات التالية :

أ- معرفياً ، بمعنى اضطراب الطرق التي يدرك ويفسّر فيها الفرد ذاته والناس الأخرين والاحداث.

ب- وجدانياً *Affectivity*، بمعنى اضطراب مدى الانفعال ، وشدته وعدم استقرا وعدم ملاءمة الاستجابة الانفعالية.

ج- اضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة *Interpersonal Functioning* .

د- السلوك الاندفاعي.

٢- يتصف هذا النمط الثابت بعدم المرونة والاستمرارية لفترة طويلة في مجال واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

٣- يتسبب الاضطراب في حدوث دلالات إكلينيكية على معاناة الشخص واختلال في الأداء الاجتماعي ،أو المهني ،أو مجالات أخرى مهمة من الأداء الوظيفي.

٤- يتصف النمط بأنه ثابت مع حدوثه لفترة طويلة، ويمكن تقصّي بدايته في العودة على الأقل إلى المراهقة أو مرحلة الصبا على الأقل .

٥- لا ينتمي هذا النمط إلى اي من الاضطرابات العقلية الأخرى.

٦- لا يكون بمثابة رد فعل أو نتيجة لتأثيرات نفسية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو حالة طبية عامة (مثل إصابات الرأس).

وفيما يلي المعايير التشخيصية المميزة لكل نوع من أنواع اضطرابات الشخصية السابقة .

- اضطراب الشخصية الاضطهادية (البارانوية):

وتتميز هذه الشخصية بوجود أفكار اضطهادية تجاه أغلب من يحيطون به مع كثرة التذمر والشكوى من أن الناس لا يقدرونه ، كما أنه كثير المشاجرة مع زوجته لمجرد تعاملها مع شخص أخر، كما أنه دائم الشكوى من الآخرين. وتمتلئ بهم المحاكم وأقسام البوليس كشكاه من آخرين. كما يتسم بالغرور والكبرياء والشعور بالاضطهاد السياسي.

- اضطراب الشخصية الفصامية :

يتمثل المظهر الرئيسي للشخصية الفصامية في الانعزال عن العلاقات الاجتماعية وعدم التجاوب الانفعالي مع الآخرين ، ويبدأ هذا النمط مع بداية البلوغ، ويبرز في سياقات اجتماعية عديدة . ولا تبدو لدى مثل هذا الشخص رغبة في التآلف، أو تكوين علاقات حميمة بالآخرين، ولا يرحب بأن يكون عضوا في أسرة أو جماعة .

- اضطراب الشخصية الشبه-فصامية :

وتتميز هذه الشخصية بالميل إلى تجنب الاختلاط بالناس ،والرغبة في الهدوء، مع الحساسية الزائدة ،والخجل ،واللجوء إلى الخيال، وأحلام اليقظة أكثر من ارتباطها بالواقع. ويبدأ هذا النمط مع بداية طور الرشد ويبرز في سياقات متعددة.

- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع :

وهذه الشخصية تتسم بالفشل في بناء علاقات حميمة مع الاندفاعية وغياب الشعور بالذنب ، مع العجز عن الاستفادة من الخبرات السابقة ،مع ميلها الشديد إلى تخريب الممتلكات ، والاتيان بالعديد من المسالك الشاذة والمضادة للقانون والمجتمع المحيط.

- اضطراب الشخصية الحدية أو البينية :

وتتسم هذه الشخصية بنوع من الاستقرار في العلاقات الشخصية المتبادلة وصورة الذات ،والوجدان، مع الاندفاعية. وهو النوع الذي يقع على الحدود بين عدد كبير من الاضطرابات الشخصية والذهان والعصاب.

- اضطراب الشخصية الهستيرية او الاستعراضية :

وهي الشخصية ذات الميول الاستعراضية التي تحاول جذب انتباه الآخرين مع المبالغة في المشاعر رغم ضحالتها. ومن خصائصها أيضا القدرة العالية على خداع النفس والكذب المرضي ، والتذبذب السريع والفشل

في إقامة علاقات ثابتة ولمدة طويلة ، نظرا للافتقار إلى القدرة على المثابرة . ولذا تتعدد فيها العلاقات العاطفية وقد تتعدد فيها مرات الزواج.

- اضطراب الشخصية النرجسية :

يرى " هانز كوهت" أن النرجسية بناء تعويضي يقيمه الفرد بسبب الحرمانات التي عاناها أثناء طفولته. كما أنها تشكل قدرة لحفظ الذات تساعد الطفل على تعويض الانجراحات النرجسية المستمرة التي يعانيها في العالم المحيط به والأنظمة الأسرية المضطربة وظيفياً. وتصبح النرجسية بعد ذلك بمثابة تنظيم داخلي يسمح للطفل بالتكيف مع الوسط المعاش ، وتساعده في تعديل أوضاعه بعد افتقاده للشعور الواهم بالقدرة المطلقة.

وإذا ما استمرت هذه الخصائص النرجسية فإن الشخص عادة ما يصاب باضطراب الشخصية الذي يتسم بالعظمة الزائدة والإعجاب المفرط بالنفس والأنانية.

- اضطراب الشخصية الانزوائية او التجنبية :

وهو يتميز باعتماد شامل على الآخرين ، أو السماح لهم بتولي مسئولية جوانب مهمة في حياة الشخص، وتسخير الإحتياجات الذاتية للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص ، الانصياع غير المبرر لرغباتهم وعدم الاستعداد لمطالبة هؤلاء الآخرين (الذين يعتمد عليهم الشخص) بأي مطالب حتى ولو منطقية.

كما أن هناك انشغال زائد بالخوف من هجر الناس له واحتياج دائم لهم، والإحساس بعدم راحة شديدة عندما يكون وحيدا والإحساس بالكارثة والضياع عند انتهاء علاقة حميمة، والميل إلى التعامل مع المحن بإلقاء المسئولية على الآخرين.

وقد يخفي مثل هؤلاء الأشخاص عدوانهم الصريح، وينسحبون من أي موقف يمكن أن يثير العداء وهم سلبيون هيابون خائفون في العادة ، على أن هذا العداء المتخفي وراء قشرة صلبة من التهيب والسلبية هو بالضرورة لا شعوري تماما ولو بدت العدوانية بشكل واضح فإن التسمية يمكن أن تصبح (الشخصية السلبية العدوانية).

- اضطراب الشخصية الاعتمادية :

يشكل الاعتماد والتعلق المظهر الرئيس لهذا النوع من الشخصية، أو ما يسمى بالنوع الاتكالي الذي يلقي بأعباء ذاته على الآخرين ، مع العجز عن رعاية ذاته أو المعاناه بالآخرين.

- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية :

اضطراب شخصية يتميز بعدم الاسقرار على رأي، والشك والحذر الشديد مما يعكس عدم أمان شخصي عميق والكمالية ، والحاجة إلى التأكد المتكرر من الأشياء وانشغال مفرط بالتفاصيل لا يتناسب مع أهمية المهمة ولدرجة تفقد معها الرؤية الأوسع ، ودقة مفرطة وضمير حي، والنظام الشديد والدقة المتناهية في الأمور والمطالبة بالمثل العليا واحترام التقاليد.

ويلاحظ أن صاحب هذه الشخصية الوسواسية له اهتمامه بنظافة الملبس والمسكن، كما يميل إلى الاهتمام بجسده ، وإذا عانى أي ألم داوم على التردد على الأطباء لكل صغيرة وكبيرة ، مع الاهتمام بتناول الفيتامينات والمقويات دون سؤال الطبيب عن مدى الفائدة التي يمكن أن تعود عليهم من ذلك.

الفصل الثاني
تشخيص الاضطرابات النفسية

يعتبر التشخيص أهم مشكلة تواجه الباحث الإكلينيكي سواء كان التشخيص للنواحي المعرفية ، أو الانفعالية أو البيولوجية، أو كان يتعلق بكل من الفئتين عصاب كان أم ذهان ، أم حالات انحراف ، أو اضطراب في علاقة الفرد بالمجتمع.

فعملية التشخيص في جوهرها عملية بحث عن المعلومات العامة في حياة المريض وفي قدراته العقلية والشخصية، بهدف اكتشاف الجوانب الإيجابية والسلبية من شخصيته. وعادة ما يجب أن ينتهي ذلك إلى اقتراح بعض المعلومات التشخيصية البارزة لدى الفرد التي تمكنه أو تمكن غيره من اعضاء الفريق الإكلينيكي - كل ينظر من منظوره سواءا كان طبي أم نفسي أم اجتماعي – من أن يعطي تشخيصا في ميدان تخصصه يمكن قبوله والعمل وفقه ، ومن ثم وضع الخطط الملائمة للعلاج وتنفيذها (إبراهيم ؛عسكر ، ٢٠٠٨ : ١٣٧). الأمر الذي يقود المريض إلى طريق أقرب إلى السواء أو الشفاء الجزئي أو الكلي . ولذا فالتشخيص هو محور النجاح في الإجراءات الإكلينيكية التي تلي التشخيص (سلامة ؛ عسكر ١٩٩٢ : ١٣٨).

تعريف التشخيص :

إن كلمة " تشخيص " *Diagnosis* مستمدة من أصل إغريقي يعني " الفهم الكامل". لكن الاستخدام الدراج للكلمة بدأ يقصره على المعنى الضيق وهو إطلاق فئة سيكياترية تصنيفية على المريض. كما أن المصطلحات الأخرى مثل " التقويم السيكولوجي " أو " القياس السيكولوجي" مصطلحات عريضة جدا. ولذلك ، فإنه يبدو من الأفضل استخدام مصطلح " التقييم الإكلينيكي "*Clinical Assessment* تأكيد للغرض الفردي، أي فهم فرد بقصد مساعدته. كما يصف التقييم أي فعل يمكن الإكلينيكي من الحصول على المعلومات التي لها قيمة عن المريض ومن اتخاذ قرارات لها قيمة للمريض أيضا. وقد يشمل ذلك قياسا لمتغير معين باستخدام اختبار ثبت صدقه ، أو قد يتضمن دراسة كاملة للتوصل إلى "نموذج" للشخص أو "صورة فاعلة " عنه ، أي أن التقييم أوسع نطاقا من كل من القياس والتشخيص. ويستخدم في التقييم إجراءات عديدة تكشف عن مستويات متعددة في الوظيفة العقلية، وفي

وظائف الشخصية وفي منظور تاريخي ومعاصر. وتشمل تلك الإجراءات: المقابلات والملاحظة ،والفحوص الطبية، والمعملية، والاجتماعية والسجلات التعليمية والمهنية والاختبارات ، وكل الأدوات التشخيصية المستخدمة. ويستعين الإكلينيكي في كل هذه العمليات بنظرية الشخصية التي يميل إليها، كما يستعين بخبرته، ويمكن أن تضيف ممارسته لهذه العمليات إلى فهمه لطبيعة لشخصية واضطراباتها (مليكة ، ١٩٩٧ : ٥٥).

معنى ذلك أن التشخيص يتطلب الوصول إلى حالة الفهم الكامل للمريض، ودراسته في إطار نظرتين : نظرة رأسية ونظرة أفقية، والنظرة الرأسية هي دراسة عمليات الارتقاء من مستويات بسيطة غير متمايزة، إلى مستويات مركبة ومتمايزة لكي يمكن تتبع كل مظاهر النمو، وما تعبر عنه من خصائص مميزة في سلوكه، ومواجهته لواقعه ، وأي الأساليب توظف في إطار علاقته بنفسه وبالآخر وبالواقع.

أما النظرة الأفقية فهي دراسة التأثير المتبادل بين الفرد والبيئة الداخلية والخارجية لكي يمكن معرفة مظاهر سوء توافق المريض، وفي أي المجالات ، لكي نتعرف على خصائص الحالة التي يظهر في إطارها الاضطراب (طه وزملاؤه ، ١٩٩٣: ٢٠١).

أنواع التشخيص :

للتشخيص نوعان شائعان هما : التشخيص التصنيفي والتشخيص الدينامي.

والتشخيص التصنيفي هو العملية التي يعين فيها موقع وحدة معينة أو فرد معين في نظام تصنيفي قائم أي القيام بتصنيف للأعراض المرضية ، أو المشكلة التي يعانيها المريض. ولكي يكون نظام التتصنيف فعالاً يتعين أن يكون شاملا ومانعا فيتسم كل أفراد الفئة المعنية بالخواص المميزة لفئة أو طبقة واحدة فقط. فهذه الخواص لا يجب أن تكون موجودة أبداً بصورة جزئية ، ولكن يتعين أن تكون دائما إما موجودة أو غير موجودة (مليكة ، ١٩٩٧: ٥٧).

وبناء على تقرير مجموعة الأعراض المرضية والوصول منها إلى تصنيف مرضي معين بالتحديد ، فإنه يمكن تقرير أسلوب علاجي معين. وغالبا ما يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على العلاج بالعقاقير، أو أسلوب علاجي نفسي أو اجتماعي سطحي لا يمس أكثر من جوانب الشعور التي وضحت من خلال هذا الاسلوب التشخيصي. وعموماً فإن هذا الأسلوب

التشخيصي يهتم بطبيعة الأعراض المرضية عند المريض لكي يتم من خلال تحديدها وفهمها اتخاذ خطوات علاجية محددة لإزالة هذه الأعراض وتأثيرها .

هذا، ويرتبط قيمة هذا النوع من التشخيص ارتباطا وثيقا بكفاية النظام المتبع في تصنيف الأعراض. وتتوقف هذه بدورها على الارتباط بين الأعراض والنظرية التي نأخذ بها في أسباب المرض، ومدى استجابته لعلاج معين. فمثلا ، إذا وجدنا ارتباطا بين أسباب الفصام وبين حالات فسيولوجية أو سيكولوجية معينة فإنه يكون من المفيد أن تصنف الناس إلى فصاميين وغير فصاميين وبخاصة إذا وجدنا أن علاجا معينا دون غيره يفيد بوضوح في حالات الفصام.

أما التشخيص الدينامي فيقوم على فهم العلاقة الدينامية بين الأعراض والشخصية الكلية. ويهتم هذا الأسلوب بالتساؤل في كل حالة مرضية عن كيف نشأ المرض بالصورة التي ظهر عليها، كما يهتم بفهم دوافع المريض ، والجوانب الكامنة التي قد يكون المريض غير واع بها ، ولكنها تسبب ما يعانيه من أعراض، كما يهتم أيضا بالأعراض المرضية بوصفها أساليب دفاعية، يحتمي بها المريض من مجالات الصراع أو الضغوط التي يعانيها ويفشل في وضع حلول ملائمة لها في ضوء مصلحة الذات والآخر(طه وزملاؤه ، ١٩٩٣: ٢٠٢).

وفهم الحالة سواء من جانبها الذي يشعر به المريض أو الجوانب اللاشعورية يساعد على فهم طبيعة العملية المرضية ودينامياتها واسبابها. ومن ثم يكون التنبؤ بأسلوب من أساليب العلاج النفسي التي تناسب الحالة لكي توظف في إعادة توافق المريض مرة أخرى مع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه.

هذا، ويمكن النظر إلى التشخيص الدينامي بوصفه عملية من مرحلتين: الأولى هي الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن العميل، والثانية هي تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة إكلينيكية .

أهداف التشخيص الإكلينيكي :

أعدت الفنيات المختلفة للتشخيص لأهداف متعددة. لكن بشكل أساسي تهدف فنيات التشخيص النفسي إلى تحقيق هدفين هما : الوصف والتنبؤ. ففي الوصف يقدم أو يستخلص وصفا أو صورة دقيقة للشخصية والوظائف المعرفية والسلوك، وذلك بهدف زيادة فهمنا للمشكلة. ومع ذلك تعتبر هذه التوصيفات مهمة بصفة خاصة لأغراض عملية، فقبل التوصل إلى أي قرار عن العلاج لابد من الحصول على صورة واضحة عن مشكلة الشخص .

وهذا يقودنا إلى الهدف الثاني للتشخيص وهو التنبؤ. فالتنبؤات في الحقيقة هي فروض علمية ، وفي المجال الإكلينيكي يتم تقييم الأفراد للتنبؤ بأي نوع من السلوك الذي سيقومون به، بالإضافة إلى تحديد نوعية العلاج المناسبة لهم (*Bootzin & Acocella* , 1988 : 137).

وفي هذا الصدد أيضا أشار (الزيادي ، ١٩٨٧ : ٥٢) إلى أن التشخيص بالنسبة للأخصائي النفسي الإكلينيكي يذهب إلى أبعد من عملية التشخيص التصنيفي، بل هو يعني أمرين :.

أ- أن لا يقتصر الأمر على وصف الجوانب المرضية في سلوك المريض فحسب بل وصف جوانب القوة والسواء فيه أيضا. فعلينا أن نتعرف على إمكانيات المريض ومدى استخدامه لهذه الامكانيات، مدى قدرته على أن يتوافق مع عالمه المحيط به ، وهل لديه دافع قوي يمكنه من التقدم في العلاج أم ليس لديه رغبة في الشفاء؟، وهل لديه استبصار بحالته؟.

ب- أن لا ننظر إلى الفرد بمعزل عن سياقه الاجتماعي ، بل يجب أن ندرس هذا السياق ونقيمه. فالمجال الذي يعيش فيه الفرد يحتوي على عدد لا حصر له من العوامل التي تؤثر في سلوكه، بعض هذه العوامل اجتماعي يختص بعلاقة الفرد بالأشخاص الآخرين، وبعضها الآخر عوامل خارجية أخرى كالوضع الاقتصادي والمستوى التعليمي... الخ. ومعظم الأخصائيين النفسيين يدركون (من الناحية النظرية) أهمية هذه العوامل، ولكنهم يغفلونها في التطبيق العملي، وهم بصدد تحليل البناء الداخلي للفرد. ويعد هذا تطبيق مباشر لنظرية المجال لكيرت ليفين *K. Lewin* الذي يعتبر السلوك محصلة التفاعل بين الشخص وبيئته. وإذا كان هذا هو خط العمل الأساسي بالنسبة لنا ، فهذا معناه أن الأخصائي

النفسي يجب أن يقيم البيئة الفيزيقية والاجتماعية للمريض تماما كما يقيم سلوك المرء واتجاهاته.

وبالإضافة إلى ما سبق فإن التشخيص الإكلينيكي يهدف إلى :-

١- تحديد العوامل المسببة.
٢- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.
٣- الكشف عن الاستجابة للاضطراب .
٤- تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي .
٥- تقدير درجة الاضطراب في مداها وفي عمقها.
٦- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب .
٧- تحديد الأسس التي يبنى عليها اختيار منهج علاجي معين .
٨- تحديد الأسس التي تدور حولها مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه.
٩- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات أو تحليلها إحصائيا .
١٠- تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها .
١١- متابعة خطة العلاج وتعديلها إذا اقتضى الأمر.

الباب الرابع

التقييم النفسي للأطفال

- الفصل الأول : الاضطرابات النمائية والبرامج العلاجية
- الفصل الثاني : الاضطرابات السلوكية والتدخل السلوكي

الفصل الأول

الاضطرابات النمائية والبرامج العلاجية

تمتد مرحلة الطفولة لتشمل كل الفترة الزمنية التي تتراوح من فترة الولادة حتى بداية المراهقة ، لهذا تعتبر مرحلة الطفولة كحجر أساس لبناء شخصية الإنسان مستقبلا . ورغم مرور علم النفس الإكلينيكي في تطوره بمراحل مختلفة. فقد كان بداية اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية- وقبل اتساع مجالاته - مقتصرا في الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال.وكانت وظيفتهم الرئيسة هي دراسة حالة الأطفال المشكلين وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء، أو المدرسين أو الأطباء المعالجي أو المؤسسات المسئولة عن هؤلاء الأطفال.

تحديد مشكلات الطفولة :

يستند الطبيب النفسي للطفل والمراهق في تشخيصه على نمط السلوك والأعراض الانفعالية، وذلك باستخدام مجموعة موحدة من المعايير التشخيصية مثل الدليل التشخيصي والإحصائي(DSM)، أو التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10). ثم بعد ذلك، يقوم المعالج النفسي بوضع خطة العلاج التي تأخذ في الحسبان جميع المكونات ويناقش المقترحات مع الطفل وأسرته .

وتتنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الأطفال. ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM- III-R, 1987) .

فإنه من الممكن تصنيف الفئات الرئيسة لاضطرابات الطفولة على النحو التالي :

- مشكلات متعلقة بالنمو : التوحد ، التخلف العقلي أو الدراسي مشكلات النمو اللغوي ، صعوبات التعلم .
- مشكلات متعلقة باضطرابات السلوك : الإفراط الحركي ، تشتت الانتباه ، التخريب ، الكذب ، السرقة ، العدوان ، الجنوح ، الانحرافات الجنسية.

- مشـكلات القلـق:قلـق الانفصـال،القلق الاجتماعي،تحاشـي أو تجنـب الآخرين
- الاضـطرابات المرتبطـة بسـلوك الأكـل والطعـام : الهـزال أو النحافـة المرضية النهم أو السمنة ، التهام المواد الضارة.
- اللوازم الحركية : نتف الشعر، قضم الأظافر، مص الأصابع.
- اضطرابات الإخراج : التبول اللاإرادي ، التغوط.
- اضطرابات الكلام واللغة : التهتهة ، البكم ، الحبسة الصوتية .
- اضطرابات أخرى : ذهان الطفولة ، السلوك الإجتراري .

ولا يعني التصنيف على هذا النحو وجود حدود قاطعة بين الفئات ؛ فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص، وما هذا التصنيف إلا إجراء له مقتضياته لدى المعالجين النفسيين لغرض التعامل مع الحالات.

ولصعوبة تناول جميع هذه الاضطرابات، لذلك فسوف يقتصر هنا على نماذج من أكثر هذه الاضطرابات انتشارا.ونشير بذلك إلى المشكلات المتعلقة بالنمو والمشكلات المتعلقة باضطرابات السلوك ، مع توضيح نماذج للأدوات المستخدمة في التقييم وبيان أهم البرامج العلاجية التي يمكن أن تستخدم معها .

التقييم النفسي للأطفال :

يبدأ التقييم النفسي للطفل بمعرفة تاريخه النفسى ، من خلال مقابلة الطفل، ووالديه أو المسئول عن رعايته. يتضمن التقييم استكشافا تفصيليا للمخاوف الحالية التي تتعلق بمشاكل الطفل العاطفية أو السلوكية، ونموه وصحته البدنية، وتاريخ وطبيعة علاقته بوالديه (بما في ذلك أى إشارة إلى احتمال وجود إهمال أو سوء في المعاملة)، والعلاقات الأسرية وتاريخ الصحة العقلية للوالدين. ويفضل الحصول على معلومات من مصادر متعددة (على سبيل المثال كل الوالدين، أو أحد الوالدين أوالجد) حيث قد يعطى الرواة بيانات وتفسيرات مختلفة لمشاكل الطفل. وفي العادة يتم الحصول على معلومات تكميلية من مدرسة الطفل تتعلق بالأداء الأكاديمي، والعلاقات مع الرفاق، والسلوك في البيئة المدرسية.

ويشمل التقييم النفسي دائما على :

أولاً: فحصا للحالة العقلية للطفل.

ومن أشهر المقاييس المستخدمة لقياس الذكاء :

١) مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء
٢) مقياس وكسلر- بلفيو لذكاء الأطفال WISC .
٣) اختبار الرسم لجود إنف- هاريس ترجمة (فراج وزملاؤه ، ٢٠٠٤) :

أ- واستخدم على نطاق واسع في دراسة المستوى العقلي للأطفال الصغار والذين يعانون من عوائق سمعية، أو من يشك في إصابتهم بتلف في الجهاز العصبي.

ب- قدم هاريس في التعديل الجديد صورة مكافئة تضيف إلى رسم الرجل رسم المرأة ، واستخدم في هذا التعديل أيضاً أسلوب الدرجات المعيارية في إعداد جداول نسب الذكاء، وذلك بدلاً من استخدام العمر العقلي.

ج- وهناك ما يشير إلى أن اختبار الرسم أكثر دلالة في المرحلة العمرية التي تمتد فيما بين سن الرابعة أو الخامسة إلى سن الثانية عشرة تقريباً. وهي المرحلة التي يطلق عليها بياجيه " مرحلة العمليات الملموسة ".

ثانياً : الملاحظة الدقيقة للسلوك.

ثالثا : يشمل التقييم أيضاً على ملاحظة التفاعلات داخل الأسرة وخارجها، وقياس السلوك التوافقي :

أ- بالنسبة للتفاعل خارج الأسرة فهناك مقياس التفاعلات الاجتماعية خارج المنزل إعداد (محمد ، ٢٠٠٣) للأطفال المعاقين والعاديين ، ويتكون من ثلاثة أبعاد: الإقبال الاجتماعي ، والاهتمام الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي.

ب- أما قياس السلوك التوافقي *Vineland Adaptive Behaviour Scale* فيعتبر مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي أشهر المقاييس في هذا المجال. وهو من إعداد سبارو وبالا وسيكشتي عام ١٩٨٤. تتألف هذه الصورة من ٥ أبعاد رئيسة، يندرج تحتها أحد عشر بعداً فرعياً، وتشمل جوانب الحياة المختلفة : كمهارات التواصل، والحياة اليومية، والتنشئة الاجتماعية، والمهارات الحركية، ومهارات السلوك غير التكيفي.

وتختلف تقديرات السلوك بحسب استجابة الفرد؛ إذ تتمثل في: الدرجة ٢ وتعنى قيام الفرد بأداء السلوك، والدرجة ١ وتعنى أداء السلوك في بعض الأحيان، والدرجة صفر وتشير إلى عدم قدرة الفرد على أداء السلوك. يمكن أيضاً إعطاء تقديرات تخمينية كالرمز (م) إذا لم تسنح الفرصة، والرمز(ع) عندما لا يعرف المجيب إذا ما كان الفرد يقوم بأداء السلوك أم لا.

رابعاً: وقد يستكمل التقييم عن طريق استخدام مقاييس لتقيم وقياس السلوك أو العرض ، مثل :

١) قائمة سلوك الطفل *Child Behavior Checklist* والمعروفة اختصاراً بـ CBCL من إعداد اكنباخ *Achenbach* عام ١٩٩١ :-

أ- وهي أداة تقدم للأباء أو غيرهم ممن يعرفون الطفل معرفة جيدة . كذلك يمكن استخدام القائمة لقياس التغير في سلوك الطفل مع مرور الوقت أو بعد العلاج .

ب- ويتكون القسم الأول للقائمة من ٢٠ بنداً للكفاءة ، والقسم الثاني من ١٢٠ بند للمشكلات السلوكية والانفعالية. وهناك نسخة للأخصائيين ونسخة للتقرير الذاتي للشباب.

ج- للقائمة صورتان إحداهما للأطفال من سن سنة ونصف إلى خمس سنوات، والأخرى من ٦ إلى ١٨ سنة .

٢) ويمكن أن يستخدم نظام تقييم سلوك الأطفال *The Behavior Assessment System for Children* والمعروف اختصاراً بـ BASCوهو من إعداد ريونالد وكامبس *Reynolds & Kamphaus* :

أ- يتكون من ١٦٠ بند ،وهو نظام متكامل يهدف إلى تسهيل التشخيص الفارق وتصنيف مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية للأطفال ، ومساعدة في تصميم البرامج العلاجية .

٣) ويمكن أن يستخدم أيضاً مقياس تقدير سلوك الطفل أو كونرز *Conners Rating Scales* والمعروف اختصاراً بـ CRS :

أ- الذي يستخدم في تشخيص ضعف التركيز المصاحب للنشاط الزائد، وأيضاً في تقييم المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين .

٤) وهناك قائمة ملاحظة سلوك الطفل إعداد (عبد الوهاب ،١٩٨٧):

أ- وقد أعدت هذه القائمة من مقياس الرتب لسلوك الطفل ، المعروف اختصارا بـ (CBRS) من تأليف راسل ن كاسل Cassel , R . N عام ١٩٦١ ، وتهدف القائمة إلى إعطاء تقديرات موضوعية لسلوكيات الأطفال ، والتفرقة بين الأطفال الأسوياء والمعاقين انفعاليا لذلك فهي قاصرة على القائمين بملاحظة سلوك الطفل كالوالدين ، والأقارب والمدرسين .

ب- تتكون القائمة من (٧٨) عبارة مقسمة إلى خمسة مجالات هي التوافق الذاتي ، والتوافق الاجتماعي ،والتوافق المدرسي ،والتوافق الجسمي ،والتوافق المنزلي .

خامساً : وقد تستخدم اختبارات نفسية أكثر تخصصاً للكشف عن أية مشاكل أخرى يمكن أن تسهم في الصعوبات التي يواجهها الطفل ، مثل :

* الاختبارات التي اعدت لقياس الاضطربات الانفعالية للأطفال، ومنها :

أ- " مقياس قلق الأطفال " الذي أعده جيلليس Gillis وترجمه (سعد ، عبد الفتاح ، ٢٠٠٨) لقياس القلق لدى الأطفال . وهو مقياس مختصر وسهل التطبيق والتصحيح. ويمكن استخدامه كاختبار، أو كمقابلة وذلك وفقا لعمر الطفل ، ويطبق المقياس على الأطفال من سن ٥ إلى ١٢ سنة.

ب- مقياس المخاوف لمرحلة الطفولة إعداد (شقير، ٢٠٠٢). ويتكون من ٢٦ عبارة تشمل المفاهيم المختلفة للمخاوف والأعراض المصاحبة لها، ويطبق على الأطفال من ٣ إلى ١١,٥ سنة.

ج- مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI أعدت هذا المقياس " ماريا كوفاكس " *Kovacs* عام ١٩٨٥ وترجمه (عبد الفتاح ، ١٩٩٢). وهو أحد مقاييس التقرير الذاتي يغطي طائفة واسعة من الأعراض الاكتئابية ، تتضمن الاضطرابات في المزاج ، وفي القدرة على الاستمتاع ، وفي الوظائف النمائية ، وفي تقدير الذات ، وسلوك الفرد مع الآخرين . وتدور بنود من المقياس حول ما يتركه الاكتئاب من أثار في مجالات مرتبطة بالأطفال مثل المجال المدرسي . ويناسب المقياس الأطفال والمراهقين من سن ٨ وحتى ١٨ عاماً.

*والاختبارات التي اعدت لقياس الاضطربات النمائية للأطفال، ومنها :

أ- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد *Gilliam Autism Rating Scale* ترجمة (عبد الله، ٢٠٠٦). ويستخدم المقياس لتقييم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ٣- ٢٢ عاما ، والذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة والغرض منه مساعدة المتخصصين على تشخيص اضطراب التوحد .ولبنود المقياس الفرعية صدق ظاهري واضح وقوي ؛ لأنها بنيت على تعريف التوحد الذي أعدته الجمعية الأمريكية للتوحد ، وكذلك على المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد التي قدمتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع. ويتكون المقياس من أربعة أبعاد فرعية ، تصف سلوكيات محددة وملحوظة، ويمكن قياسها كل بعد من الأبعاد يصفها ١٤ بندا .والأبعاد الأربعة هي: السلوكيات النمطية والتواصل، والتفاعل الاجتماعي ،والاضطرابات النمائية.

ب- قائمة قصور الانتباه/ فرط النشاط وهي من ترجمة (يوسف، حسين ٢٠٠٢).وتستخدم من قبل الاطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين كمسح أولي لاضطراب قصور الانتباه /فرط النشاط ،وأيضاً لمتابعة مدى الاستجابة للعلاج. وفيها يتم الحصول على نوعين من الدرجات: درجات عدد الأعراض ، ودرجات شدة الأعراض.

أولاً: المشكلات المتعلقة بالنمو :

يتم القيام بالقياس النفسي في هذه الفئة لتحقيق العديد من الأهداف ، وهي:

١- الاكتشاف المبكر :- فالقياس النفسي يسهم بشكل كبير في الاكتشاف المبكر للعديد من حالات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وذلك بهدف المساهمة في عملية التدخل المبكر لحالات الأطفال المعاقين ، وبالتالي المساعدة في تحجيم الإعاقة لدى الطفل.

٢- التشخيص : - فالقياس النفسي يسهم في تشخيص حالات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك عن طريق تطبيق القوائم التشخيصية المختلفة والتي تسهم في التشخيص النفسي للأطفال المعاقين وذلك ضمن فريق العمل الذي يتعامل مع الطفل..

ومثال على ذلك ،القياس النفسي لحالات التوحد، حيث يتم تطبيق مقياس جيليام التقديري تشخيص حالات اضطراب التوحد أو تطبيق مقياس تقدير حالات التوحد (كارز)، بالإضافة لتطبيق قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV, 1994) .

ومثال آخر، القياس النفسي لحالات تشتت الانتباه وفرط الحركة، حيث يتم تطبيق قائمة تشخيصية تسهم في تشخيص مستوي تشتت الانتباه وفرط الحركة لدي الأطفال وتقديره. .

ومثال آخر القياس النفسي لحالات صعوبات التعلم ، حيث يتم تطبيق مجموعة من القوائم التشخيصية ، والتي يكون هدفها المساهمة في التشخيص النفسي لحالات صعوبات التعلم سواء صعوبات التعلم النمائية، أو صعوبات التعلم الأكاديمية .

٣- تحديد مدي وقوع الطفل في فئة الإعاقة العقلية أم لا-: حيث نجد إنه لكي يتم تشخيص الطفل علي أنه يعاني من إعاقة عقلية لابد أن يتوافر فيه ثلاثة شروط ، حيث حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الرابع DSM-IVمعايير التخلف العقلي في :-

أ- درجة علي مقياس الذكاء أقل من المعدل ٧٠ .

ب- تدهور واضح في الوظائف الكيفية طبقاً لمعايير السلوك التكيفى لدي الأقران غير المتخلفين عقلياً في نفس الجماعة الثقافية، وخاصة في ظهور الاضطراب في اثنين علي الأقل مما يلي : التواصل ، العناية بالذات ، السلوك المنزلي ، مهارات التوافق الاجتماعي ، التعامل مع الخبرات المعاشة ، التوجه الذاتي ، مهارات التحصيل الأكاديمي العمل الاهتمامات ، شغل أوقات الفراغ ، الصحة والأمان.

جـ- أن تحدث هذه المظاهر قبل سن الثامنة عشر .

وبالتالي فإن القياس النفسي يسهم في التعرف علي مدي تواجد الطفل في فئة الإعاقة العقلية أم لا ، وذلك من خلال تطبيق مقاييس للذكاء للتعرف علي درجة ذكاء الطفل ، بالإضافة إلي تطبيق مقاييس للسلوك التوافقي يكون هدفها التعرف علي نقاط القوة ونقاط الضعف في مجالات السلوك التوافقي المختلفة .

٤- التعرف علي نقاط القوة ونقاط الضعف لدي الطفل-:حيث يعد من أهم أهداف القياس النفسي هو التعرف علي نقاط القوة ونقاط الضعف لدي الطفل، سواء من خلال مقياس الذكاء أو من خلال مقاييس السلوك التوافقي والمساهمة في استغلال نقاط القوة لدي الطفل ، ورفع كفاءته فيها والعمل علي تنمية مهارات نقاط الضعف لديه .

٥- المساهمة في وضع برنامج تنمية القدرات والمهارات المناسب للطفل-: فمن خلال القياس النفسي ، والتعرف علي تشخيص الطفل ، والتعرف علي نقاط القوة والضعف لديه يتم وضع برنامج تنمية القدرات والمهارات بحيث يتناسب مع تشخيص الطفل ويراعي نقاط القوة ونقاط الضعف لدي الطفل للمساعدة في وضع أفضل برنامج يتناسب مع الطفل، وبالتالي تحقيق أفضل استفادة ممكنه للطفل من البرنامج. فالطفل بسيط الإعاقة العقلية ، يختلف برنامج تنميه مهاراته عن الطفل متوسط الإعاقة العقلية ويختلف عن برنامج الطفل بطء التعلم ،كما أن الطفل التوحدي يختلف برنامج تنميه مهاراته عن باقي الأطفال المعاقين وهكذا.

٦- المساعدة في عملية التوجيه والإرشاد للطفل -: فالقياس النفسي للطفل يساعد في عملية التوجيه والإرشاد التي تتم للطفل ، فالطفل الذي يحصل علي درجة ذكاء في حدود (٥٠ : ٦٤) يتم توجيهه إلي إحدي مدارس التربية الفكرية التي تتناسب مع قدراته العقلي والفكرية ، أما الطفل الذي يحصل علي درجة ذكاء في حدود(٦٥ :٧٠) يتم توجيهه إلي إحدي الفصول الملحقة. أما الطفل الذي يحصل علي درجة ذكاء (أعلي من٧٠) فيتم توجيهه إلي المدارس العادية.

٧- تحقيق التكامل بين فريق العمل المتعامل مع الطفل-: ففريق العمل المتعامل مع الطفل يتضمن العديد من الأفراد مثل أخصائية التربية الخاصة والأخصائي النفسي ،وطبيب النفسية والعصبية ،وطبيب المخ والأعصاب وأخصائي التخاطب ،وأخصائي العلاج الطبيعي وغيرهم . ويتطلب تحقيق التكامل بين فريق العمل هذا قيام الأخصائي النفسي بعملية القياس النفسي وعلي أساس القياس النفسي قد يطلب الأخصائي النفسي عرض الطفل علي أخصائي التخاطب ؛ لتحديد مدي استفادة الطفل من جلسات التخاطب في مشكلات اللغة لديه ، كما قد يطلب الأخصائي النفسي عرض الطفل علي أخصائي العلاج الطبيعي ؛ لتحديد مدي استفادة الطفل من جلسات العلاج الطبيعي ، وبرامج العلاج الوظائفي في تنمية

المهارات الحركية للطفل ، كما يقوم الأخصائي بتحديد نقاط القوة نقاط الضعف لدي الطفل، لتساعد أخصائية التربية الخاصة في فهم عميق قدرات الطفل ووضع برنامج تنمية قدرات يتناسب مع حالة الطفل .

وفيما يلي عرض لأحد الاضطرابات النمائية الشائعة : اضطراب التوحد ثم عرض مختصر لأهم البرامج العلاجية المستخدمة معه.

اضطراب التوحد *Autism* :

يعد " ليو كانر " *Leo Kanner* عام ١٩٤٣ أول من أشار إلى الذاتوية "إعاقة التوحد " كاضطراب يحدث في الطفولة. وقد حدث ذلك حين كان " كانر " يقوم بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا ولفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا فاعتقد أنهم يمثلون زملة جديدة.

ومنذ ذلك الوقت ، ظهرت محاولات كثيرة لتعريف ذلك الاضطراب ، ولأول مرة يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III محكات تشخيص التوحد وتمييزه عن غيره خاصة الفصام.

وتشير كريستين مايلز عام ١٩٩٤ إلى التوحد بأنه " حالة غير عادية لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ، ولا يتصل بهم إلا قليلا جداً . والتوحد مصطلح يجب أن يستخدم بحذر ، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناتجا عن تلف في الدماغ ، ولا في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون، بسبب خوفه من المحيط غير المألوف. ويمكن أن تصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد ، فمن المهم أن نعرف إنه ليس جميع المصابون بالتوحد مستوى ذكاءهم منخفض ... فوفقا للأحصائيات فأن ربع الحالات من الأطفال المصابين بالتوحد ذكاءهم في المعدلات الطبيعية ، أو اذكياء، أو متخلفين عقليا .

(سليمان ، ٢٠٠٠: ٢٤).

ويعيش ذوو اضطراب التوحد في عزلة تامة داخل حدود عالمهم الداخلي الشخصي ،ويبدون غير مبالين على الإطلاق بالآخرين، كما أنهم يميلون إلى الابتعاد التام عنهم ، وتجنب إقامة علاقات معهم. بالإضافة إلى ذلك ينتدمج هؤلاء الأفراد بصورة تامة في أنشطة تكرارية تشبه الطقوس الحركية شديدة التواتر والتكرار مثل أرجحة الجسد أو ضرب الرأس، كما يتمسكون بصورة حرفية في واقع الأمر بأنماط حياة شديدة النمطية في أنشطة

أو روتين حياتهم اليومية. ويعاني البعض من حساسية شديدة ومؤلمة للأصوات، للمرئيات أو للرؤية ، للشم، أو للمس.

ويؤثر التوحد في قدرة الفرد على التواصل، وتكوين علاقات مع الآخرين والاستجابة المناسبة أو الصحيحة مع البيئة. ويدرج بعض من ذوي اضطراب التوحد تحت وصف ذوي القدرة أو المستوى الوظيفي المرتفع ، وهم مجموعة من الأفراد التوحديين الذين لم يتأثر ذكاؤهم وكلامهم بالسلب بهذه الإعاقة. في حين يدرج البعض الآخر تحت وصف التوحد المقترن بالتخلف العقلي، البكم ، أو ذوي التأخر اللغوي الشديد (السعيد ، ١٩٩٧: ١١).

١- المحكات التشخيصية للتوحد :

١- ظهور الأعراض قبل سن ٣٠ شهراً.
٢- انتشار نقص الاستجابية للناس الآخرين .
٣- قصور كبير في الارتقاء اللغوي .
٤- إذا وجد الكلام فإنه يتميز بأنماط غريبة مثل : صداء لفظي مؤجل أو فوري واللغة المجازية عكس للغة النسبية (استخدام أنت بدلاً من أنا) .
٥- استجابات خلطية للجوانب المختلفة للبيئة : مثلا مقاومة التغير والاهتمامات الغريبة أو التعلق بموضوعات حية أو غير حية .
٦- غياب الهذاءات والهلاوس ، وتفكك الارتباطات، وعدم الاتساق كما هو الحال في الفصام .

٢- أعراض التوحد :

تبدأ ملاحظة هذا المرض في السنة الثانية والنصف من عمر الطفل ٣٠- ٣٦ شهرا ، والمعروف أن التوحد له ٣ أعراض رئيسية :

١- ضعف العلاقات الاجتماعية. .
٢- ضعف الناحية اللغوية.
٣- الاهتمامات والنشاطات المتكررة .

وقد يصاحبه اضطربات في السلوك مثل نشاط زائد وقلة تركيز أو نوبات غضب شديدة وقد يظهر سلوكا مؤذيا لنفسه، وأيضاً تبول لاإرادي.

١- ضعف التواصل الاجتماعي:

أي ضعف في العلاقات الاجتماعية مع الأم،الأب والغرباء . بمعنى أن الطفل لا يسلم على أحد .. لا يفرح عندما يرى أمه أو أبيه .. لا ينظر إلى

الشخص الذي يكلمه ... لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركهم اهتماماتهم ...ولا يحب أن يشاركوه ألعابه ..يحب أن يلعب وحده ... ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين .

أيضاً لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة) فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال.

٢- ضعف في التواصل اللغوي:

ضعف في التعبير اللغوي أو تاخر في الكلام ..أحيانا استعمال كلمات غريبة من تأليف الطفل وتكرارها دائما أو إعادة أخر كلمة من الجملة التي سمعها.. صعوبة في استعمال الضمائر فمثلا لا يقول " أنا أريد أن أشرب " بل يستعمل اسمه فيقول " حسن يريد أن يشرب " .

٣- نشاطه واهتماماته وألعابه متكررة ومحدودة :

أي لا يوجد فيها تجديد مثل أن يلعب بالسيارات فقط أو المكعبات أو طريقة لعبه لا تتماشى مع اللعبة التي يلعب بها مثل أن يرص السيارات الصغيرة بطريقة معينة بدل من أن يتخيل أنها تسير في الطريق . أيضاً يحب الروتين، ولا يحب التغير في ملابسه ، أو أنواع أكله، أو طريقة تنظيم غرفته .. التعلق بالأشياء مثل مخدة معينة أو بطانية أو لعبة ويحملها معه دوما ، وقد يكون عنده أيضاً حركات متكررة لليد والأصابع.

٣- أنماط التوحد :

لعل أشهر انماط التوحد شيوعاً زملة أسبرجر وزملة ريت، وفيما يلي وصف مختصر لكل منها :

أولاً: متلازمة أسبرجر *Asperger's. Syndrome*

تشترك متلازمة أسبرجر في العديد من أعراض التوحد ، ولكنها تظهر أقل شدة . إن كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي، والقيام بأعمال نمطية متكررة، وروتينية إلى جانب فقدان القدرة على التخيل. إلا أن المصابين بمتلازمة أسبرجر يتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية ، ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم .

وتعد متلازمة أسبرجر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد ، وتحدث لـ ٢٦ - ٣٦ من كل ١٠,٠٠٠ مولود ، وهي مشابهة لاضطراب التوحد من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث بنسبة ٤ : ١ .

١-أعراض متلازمة أسبرجر .

لا يلاحظ الأهل وجود سلوكيات تدعو إلى القلق على طفلهم في السنوات الثلاث الأولى من عمره ، نظراً لارتفاع مستوى مهاراته الإدراكية، وعدم تأخره في اكتساب اللغة واهتمامه بالبيئة المحيطة به .إلا أنه عند دخول الطفل الحضانة أو عند اختلاطه بمن هم في عمره ، تظهر الفروق جليه ولاسيما على الصعيد الاجتماعي.

ومن هذه الأعراض :

١-قصور في الاستخدام العملي والاجتماعي للغة .
٢-صعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية.
٣- اهتمامات خاصة / الالتزام بالعمل الروتيني.
٤- عوبات في المهارات الحركية.

النتائج المتوقعة للمصابين بمتلازمة أسبرجر:

نظراً لأن الأشخاص المصابين بمتلازمة أسبرجر لايعانون تأخراً عقلياً أو لغوياً ، فإن النتائج المتوقعة لأغلبهم تماثل ما نتوقعه لأفضل حالات التوحد . أي أن العديد من المصابين بالأسبرجر يستطيعون إكمال دراستهم الثانوية وحتى الجامعية ويستطيعون أيضاً ممارسة وظائف عملية إذا ما تلقوا التدخل اللازم والرعاية المناسبة.إلا أن ما يواجههم هو صعوبة في التفاعل الاجتماعي، والذي يمثل عجزاً دائماً لديهم ، فيشار إليهم بصورة عامة كأشخاص" غريبين".

الفروق بين متلازمة أسبرجر والتوحد :

هناك فرقان رئيسيان بينهما :

أولهما : هو أن المصابين بالأسبرجر لا يعانون من إعاقة عقلية بل قد يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك. .

في المقابل يعاني نحو ٧٥ ــ ٧٧ % من المصابين بالتوحد تأخراً عقلياً بالإضافة إلى أن جميعهم دون استثناء ، ومهما كانت قدراتهم الإدراكية ، يواجهون تأخراً ملحوظاً في النمو اللغوي، وهي مشكلة لا تواجه المصابين بالأسبرجر.

أما الاختلافات الأخرى بين كلا الاضطرابين، فتشتمل على :

أ- النتائج المتوقع تحقيقها مع الأسبرجر أكثر إيجابية.
ب- الاضطرابات العصبية أقل شيوعاً لدى المصابين بالأسبرجر.
ج- صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى المصابين بالتوحد.
د - مستوى الذكاء اللغوي يكون عادة أعلى من مستوى الذكاء العملي عند المصابين بالأسبرجر، بينما عكس ذلك هو الصحيح لدى المصابين بالتوحد.
و- تظهر الحركات غير المتقنة عند المصابين بالأسبرجر أكثر مما تظهر لدى التوحديين.
هـ - تظهر الأعراض في مرحلة أكثر تأخراً عن ظهورها في حالات التوحد (بعد سن الثالثة). .
م- ليس هناك حتى الآن حالات موثقة عن الأسبرجر تبين حدوث انتكاس أو تراجع في النمو كما الحال في التوحد. .

ثانياً: متلازمة ريت *Rett's Syndrome*

متلازمة ريت هي اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث وهو من الاضطرابات النادرة ويصيب مولوداً واحداً من كل ١٥,٠٠٠ مولود.

أعراض متلازمة ريت :

تفيد تقارير أولياء الأمور أن الطفلة تنمو بصورة طبيعية خلال الـ ٦ - ٨ أشهر الأولى من عمرها .وبعد هذه المرحلة التي تبدو فيها طبيعية تماماً ، تبدأ حالتها في التدهور أو أنها تتوقف عن الاستمرار في التطور .وهناك أربعة مراحل تمر بها الطفلة المصابة بمتلازمة ريت ، ولكل مرحلة سمات مختلفة وهي:

أ- المرحلة الأولى من ٦ - ١٨ شهراً :

تكون صعوبات هذه المرحلة بسيطة وقد لا يلاحظها والدا الطفلة.

يقل الالتقاء البصري لدى الطفلة خلال هذه الفترة ، ويقل اهتمامها بالألعاب وبالمحيطين بها بشكل عام .وقد تعتمد الطفلة إلى جعل اليدين متشابكتين أو لفهما مع إغلاق القبضة، وغالباً ما تتأثر الحركات الكبيرة (أي حركات الأرجل واليدين) خلال هذه الفترة.

ب- المرحلة الثانية من ١ - ٤ سنوات :

يصادف الطفلة خلال هذه المرحلة عدة صعوبات، من أهمها التدهور السريع في القدرات الإدراكية؛ فتنخفض نسبة الذكاء لديها إلى مستوى يتراوح بين التأخر العقلي الشديد والحاد .كما تصبح المهارات الاجتماعية غير طبيعية وقد تفقد الطفلة القدرة على الكلام الذي سبق اكتسابه .وتنشأ لدى العديد منهن حركات متكررة الشكل وسلوكيات غريبة، ولا سيما في استخدامهن لأيديهن حيث يكررن وضع أيدهن في أفواههن أو يقمن بغسلهن أو التصفيق بهن، بالإضافة لذلك تصبح حركاتهن مصحوبة برجفة ، وأخيراً قد يلاحظ لديهن صرير الأسنان وصعوبات في التنفس والنوم.

ج- المرحلة الثالثة من ٢ - ١٠ سنوات:

تستمر معاناة الطفلة خلال هذه المرحلة بسبب مصاعب في المهارات الحركية بالإضافة إلى احتمال ظهور نوبات الصرع لدى نسبة تقارب ٨٠ % من الإناث إلا أنهن يصبحن أكثر اهتماماً بمحيطهن الاجتماعي ، كما يتحسن لديهن الانتباه والتواصل، والمهارات الاجتماعية .

د- المرحلة الرابعة من ١٠ سنوات فما فوق :

يستمر تحسن القدرة على التفاعل الاجتماعي والتركيز على الانتباه خلال هذه المرحلة ، وتزداد السيطرة على نوبات الصرع ، إلا أن المهارات الحركية تتدهور وغالباً ما تفقد الطفلة القدرة على التنقل ، وقد تحتاج إلى كرسي متحرك للتنقل يتقوس العمود الفقري لدى الكثير من الإناث وهو مايسمى بـ " الجنف " ، وهو ميل جانبي في العمود الفقري أو قد يصبح لديهن حدب.

النتائج المتوقعة للمصابين بمتلازمة ريت :

لا يعرف بالتحديد أقصى عمر تعيشه الفتاة المصابة بمتلازمة ريت ، إلا أن الكثيرات قد يمتد بهن العمر إلى سن متقدمة لا يستطيع أحد تحديدها . ولكن تكون أجسام معظمهن نحيلة ، ويعانين من سوء التغذية بسبب مصاعب المضغ وبلع الطعام لديهن ، بالإضافة إلى هذا فلن يكتسب معظمهن القدرة على استخدام الأيدي أو القدرة على الكلام .

أما التنبؤات النهائية لمتلازمة ريت فهي أسوأ مما هي بالنسبة لاضطراب التوحد . وكل شيء بيد الله سبحانه وتعالى.

أهم البرامج المستخدمة مع اضطراب التوحد:

أولاً : برنامج تيتش*Teacch Program*

(Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children).

هو برنامج تعليمي للأطفال التوحديين ، وكذلك للأطفال المشخصين بالضعف اللغوي، ويعتبر من البرامج التى لها شهرة واسعة .ويطبق في حوالى ١٣ مركز حول العالم منها مراكز عربية متخصصة في التوحد. وهناك العديد من الأبحاث التى أثبت نجاحه.مخترع هذا البرنامج هو إيرك شوبلر *Eric Shopler* من جامعة نورث كارولينا في الولايات المتحدة الامريكية... أيضاً هو من قام بعمل مقياس كارز الشهير.

وفيما يلي فكرة مبسطة ومختصرة عن كيفية تطبيق الأخصائي لهذا للتدخل السلوكي:-

يعتمد برنامج تيتش على نظام التعليم المنظم والمرئي *Structure Teaching* أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت ، حيث إن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدى، وتناسب عالمه. حيث يستغل النقاط التى يتميز بها الطفل التوحدى ، مثل حبه للروتين، وقوة الإدراك البصري لديه ويقوم بتصميم برنامج خاص له حسب قدراته ؛ معتمدا على التعليم المنظم المرئي . فمثلا بيئة الطفل تنظم بشكل معين .من خلال وضع صور على الأماكن التى يرتادها الطفل سواء كان في البيت أو المركز. مثل صورة حمام عند باب الحمام. صورة مكتب عند المكتب المخصص له .. وهكذا ، والهدف هو تنظيم المكان بشكل ارشاد نظري ؛ حتى يسهل على الطفل التعرف على الأماكن، والتحرك إليها. والصور المستخدمة من الممكن أن تكون صوراً فوتوغرافية أو بطاقات مرسوم . ويعتمد هذا على درجة ذكاء الطفل ،فالطفل ذو الذكاء المنخفض قد لا يتعرف على البطاقة المرسومة للمكتب،لأنها بعيدة عن الشكل الحقيقي لمكتبه ولكن قد يتعرف على الصورة الفوتوغرافية للمكتب.

وتنظيم البيئة أيضاً على استعمال الأشرطة اللاصقة الملونة على الأرض كحدود لتقسيم أماكن للنشاطات المختلفة .أيضاً استعمال الحواجز أو الفواصل بين الطاولات في المراكز، وابتعاد الطاولات عن النوافذ أو مداخل الأبواب كل ذلك لمنع أي تشويش أو أي تداخل خارجى يؤثر في أداء الطفل

كذلك يستخدم برنامج تيتش البطاقات المصورة لقيام الطفل بنشاطات معينة تحدد له من قبل الأخصائي أو الأهل ،وذلك كله يدخل ضمن التعليم المنظم المرئي. حيث يصمم للطفل جدول نشاط مرئي مكون من عدد من الأنشطة التى يجب أن يقوم بها خلال اليوم، سواء كان في البيت أو المدرسة وترتب النشاطات في الجدول على شكل صور سواء كان صور فوتوغرافية أو صور رمزية مرسومة ويعتمد ذلك على مستوى الذكاء للطفل كما ذكرنا. وفى بعض الأحيان عندما يكون نسبة الذكاء جدا منخفضة تستعمل المجسمات التى تدل على النشاط بدل الصور.يوجد مثالان يوضح كيفية استعمال جداول النشاط المرئية .

ترتيب الصور قد يكون بشكل أفقي أو عامودي على الجدار ،وفى كل مرة يبدأ الطفل نشاط يسحب البطاقة أو الصورة الخاصة بالنشاط ويضعها في المكان المخصص للعمل فبشكل نظري هو يعرف ما تبقي له من نشاطات خلال اليوم.

أيضاً في تيتش يعتمد تنفيذ الطفل للمهارات المختلفة على شكل مرئى لخطوات العمل ، فمثلا تعليم الطفل غسل أسنانه، يصور له خطوات العمل، وتلصق بجانب المغسلة .كذلك الحال في كيفية تدريب الطفل على الحمام ، كذلك لصق صور خاصة بأنواع متنوعة من الطعام يحبها الطفل في المطبخ، أو على باب الثلاجة ويدرب الطفل على كيفية طلب الطعام بالإشارة للصورة وفى الوقت نفسه محاولة نطق الكلمة المصورة في الصورة وبالتالى يسهل له التواصل مع الآخرين.أيضاً تستعمل هذه الطريقة في تعلم المهارات الإدراكية وغيرها من المهارات بأن تصور خطوات العمل وتوضع أمام الطفل.

وتسهيل التواصل عن طريق الصور أيضاً من الأمور المهمة في برنامج تيتش سواء كان للطفل التوحدى أو الطفل الذى لديه صعوبة في التواصل .

بالنسبة للصور الرمزية هناك الكثير من برامج الكومبيوتر المتخصصة والتى تحتوى على أكثر من ٣٠٠٠ صورة قابلة للتصغير والتكبير بعدة مقاسات ، أما بالنسبة للصور الفوتوغرافية .فقد تكون الاستعانة بكاميرا عادية أو كاميرا ذات تحميض فوري لتصوير الطفل في كل خطوة من خطوات العمل ،ومن ثم لصقها أمامه بالترتيب ليعيد تنفيذها هو بنفسه مع مساعدة اخصائيه أو والديه.

ثانياً : برنامج تحليل السلوك التطبيقي

Applied Behavior Analysis.

والمشهور اختصاراً بـ ABA .ويعود تحليل السلوك تاريخيا إلى سكينر عام ١٩٣٨ وتجاربه على الحيوان التى أوضحت أن التدعيم بالطعام يؤدي إلى حدوث تغيرات في السلوك (تعلم).أثبتت نظريات سكنر فعالية ونجاح مع أطفال التوحد في عام ١٩٦٧ وفيما بعد،ثم بدأ ينتشر ويطبق بشكل أوسع في عام ١٩٩٣.

وفيما يلي فكرة مبسطة ومختصرة عن كيفية تطبيق الأخصائي لهذا للتدخل السلوكي :-

هو عبارة عن برنامج تعليمي مكثف ومحدد للطفل.وفيه يكون هناك أخصائي واحد لكل طفل، أي أن كل طفل يكون له أخصائي خاص يقوم بتعليمه المهارات المطلوبة وهنا لابد أن يكون الأخصائي مدرباً على استخدام طريقة التحليل السلوكي، من خلال تحديد الأهداف وتحليل للسلوك المراد التخلص منه .

وعادةً فالمهارة المطلوبة من الطفل تجزء إلى أجزاء أو خطوات صغيرة، وكل خطوة تحتاج إلى محاولات متكررة وعديدة من الطفل حتى يتقنها، والمحاولات الصحيحة تعزز باستعمال التعزيزات المناسبة للطفل. أما المحاولات غير الصحيحة وتهمل من قبل الأخصائي. وأحيانا يستغرق تعليم الخطوة الواحدة وقتاً طويلاً حتى يستطيع الطفل أن يتقنها ،وينتقل إلى الخطوة التالية ومن ثم يصل إلى المهارة المطلوبة .

وأحيانا يستعمل الأخصائي الإرشاد (المساعدة) اليدوى عندما لا يستجيب الطفل للإرشاد اللفظى ، مثل أن يجعل يده فوق يد الطفل ويحركها.

واستعمال التعزيزات بكثرة من الأساسيات في استعمال البرنامج السوكي . حيث يتم إعطاء الطفل المكافاة الفورية، مثل قطعة واحدة من البطاطس بعد كل محاولة ناجحة في تنفيذ الخطوة المطلوبة منه.

ومن المهم البحث والتعرف على التعزيزات أو المكافات الخاصة بالطفل. حتى يصبح البرنامج فعالاً وإلا فلن تكون هناك استجابة. والتعزيزات أو المكافآت قد تختلف من طفل إلى آخر، فهناك من يحب قطع البطاطس أو الشيكولاتة أو قطعة بسكويت أو قطع خيار ...الخ ومن المهم أن تكون صغيرة

الحجم لأنها تعطى بشكل متكرر، وألا تكون في متناول الطفل بشكل سهل حتى يكون لها قيمة عند الطفل.وهناك من الأطفال من لا يحب التعزيزات المتعلقة بالأكل، بل يحب نشاط معين وهذا أيضاً من الممكن استعماله كمكافأة له.

مثال: طفل لديه ضعف انتباه، والهدف المطلوب من الطفل أن ينظر إلى الأخصائي في كل مرة يطلب الأخصائي من الطفل أن ينتبه له ، ويستجيب الطفل وينظر لعين الأخصائي لابد من الأخصائي أن يعطيه المكافأة الصغيرة الخاصة به مثل قطعة البطاطس.

مثال آخر: لطفل نشاطه زائد لو أن الهدف المطلوب من الطفل الجلوس على الكرسي.فى كل مرة يطلب الأخصائي أن يجلس فيها الطفل على الكرسي وعند استجابة الطفل للطلب يعطيه قطعة البطاطس بشكل فوري.إذاً المكافاة تعطى بشكل فوري وفقط عند الاستجابة ، ولابد من تجاهل الطفل تماما بعدم إعطاءه المكافأة عند عدم الاستجابة.

وفى بعض الحالات يستعمل الأخصائي الإرشاد اليدوى .فإذا رفض الطفل الاستجابة يمسك الأخصائي الطفل ويحركه ويمشي به إلى الكرسي ويجلسه...بعد ذلك يسحب الأخصائي التعزيز أو المكافاة بشكل تدريجي من الخطوة الأولى إذا أتقنها الطفل إلى الخطوة الثانية.

فالجلوس على الكرسي هو خطوة أولى ...بعد ذلك يليه خطوات متعددة مثل الجلوس فترات أطول على الكرسي ،وتنفيذ المهارة المطلوبة منه...وهكذا، إلى أن يصل الطفل إلى عمل المهارة المطلوبة منه بشكل صحيح وبدون مساعدات أو تعزيزات...وبالطبع تعلم هذه الخطوات قد يستغرق وقتاً طويلاً وذلك يعتمد على مدى استجابة الطفل وقدراته وهناك العديد من المهارات التى يدرجها الأخصائي للطفل في البرنامج التعليمي...مثل الاعتماد على النفس ، وإطعام نفسه ، لبس ملابسه ،غسل أسنانه أيضاً المهارات اللغوية المهارات الإدراكية وغيرها.

وقد أثبتت الأبحاث أن الطفل التوحدي يحتاج إلى برامج التحليل السلوكي٤٠ ساعة أسبوعيا على مدار السنة، ولمدة سنتين على الأقل حتى تكون هناك نتائج إيجابية ،وكلما كان التدخل مبكرا من عمر ٢,٥ سنة كانت النتائج أكثر إيجابية.

ثالثا : العلاج بالتكامل الحسي)*Sensory Integration Therapy* . *SI)*

أول من اكتشف نظرية التكامل الحسي هى جين إيرس *Jean Ayres* أخصائية العلاج الوظيفي في عام ١٩٧٢ . ولتسهيل شرح نظرية جين : إنه من المعروف أن الحواس الأساسية هي: حاسة النظر، وحاسة السمع .ولكن جين ركزت على ثلاث حواس ربما كانت مهملة من المتخصصين في تطور الأطفال ونموه، وهى:

- حاسة اللمس عن طريق الجلد *Tactile* ويندرج تحت حاسة اللمس عن طريق الجلد اللمس الخفيف ، الضغط، الإحساس بالألم والإحساس بدرجة الحرارة.
- والإحساس بحركة الجسم *Proprioceptive* سواء كان عضلات أو مفاصل.
- والإحساس بالتوازن *Vestibular* .وهو موجود في الأذن الداخلية ويعرفنا عن موقع الرأس للأمام أو الخلف حتى لو أغمضنا العين.

ولفهم الإحساسين الآخيرين بشكل أفضل ...عن طريق مثال تعلم الدراجة :

فالطفل عندما يتعلم ركوب الدراجة لابد أن يقوم بتضامن هذين الحسين حركة الجسم والتوازن بشكل جيد، حتى يستطيع أن يقود الدراجة دون أن يقع على الأرض. وفى عمر الستة أشهر يبدأ بتضامن حاسة النظر مع الحركة والتوازن عندما يبدأ في تعلم كيفية الجلوس والتحكم في توازنه دون دعم.

إذاً استقبال الطفل لأحاسيس مختلفة اللمس ، الإحساس بحركة الجسم والتوازن ، والنظر، والشم ، والسمع تعتبر تغذية حسية مهمة للمخ ... حيث إن المخ وظيفته استقبال جميع المؤثرات الحسية بشكل متواصل واستخدامها بشكل متكامل.

وعلى ذلك فإن تلقي العلاج بالتكامل الحسي ...يكمن في تحسين فعالية الجهاز العصبي للطفل من حيث ترجمة المعلومات الحسية التى تصله من البيئة واستخدامها بشكل يساعد الطفل على التغلب على الصعوبات الحسية لديه، وبذلك يتعلم الطفل أن يختار تكامل الحاسات التى تساعده في الوصول إلى هدفه.

- بعد أن أصبح مفهوم التكامل الحسي أكثر وضوحا ...السؤال الآن هو ما علاقته بالتوحد ؟

والإجابة هي أن الأطفال التوحديين لديهم خلل في النظام الحسي *Dysfunctional Sensory System*. ويتخذ هذا الخلل لديهم شكل إما نقص تفاعل أو زيادة التفاعل في إحساس واحد أو أكثر، فهناك أطفال يتأثرون بالصوت بشكل شديد (زيادة تفاعل) وآخرون يتصرفون وكأنهم لا يسمعون (نقص تفاعل). وآخرون يكرهون اللمس حتى اللمس العادى ،وقد يكرهون نوعاً معيناً من الملابس لأنه خشن ...حتى الطعام قد يفضلون الطعام الطري اللين ذا الملمس الناعم في فمهم . فهنا خلل حسي وزيادة حساسية أو زيادة تفاعل من الطفل لحاسة اللمس.

أيضاً هناك من يتفاعل مع الألم بشدة ، والعكس هناك من لا يتأثر بالألم . كذلك هناك أطفال يحبون الحركات التى يكون فيها تنبيه للتوازن، مثل كثير من الأطفال يحبون الدوران حول أنفسهم ...أو الهز إلى الأمام والخلف... أو القفز باستمرار أو التسلق على أحرف الأثاث وفي هذه الحالة هناك خلل حسي نقص تفاعل لحاسة التوازن .

وهناك أيضاً أطفال آخرون على العكس تماما لا يحبون الحركات التى فيها توازن فهم يشعرون بخوف شديد من الحركات العادية مثل الأرجحة والزحلقة أو حتى نزول السلم، أى يشعر بخوف من الفراغ الخارجي ،أيضاً هنا خلل حسي وزيادة تفاعل.

هى كما ذكرنا الإحساس بوجود الجسم من عضلات ومفاصل. وعندما تعمل هذه الحاسة بشكل جيد نستطيع أن نتحكم في طريقة الجلوس أو في حركة اليد . مثل عند الكتابة بالقلم أو إمساك معلقة ، ولكن عندما يكون هناك خلل نرى أن الطفل كثير التعثر، وهو يمشي أي يسقط كثير على الأرض ويصعب عليه التحكم في الحركات ، مثل إطعام نفسه أو إقفال أزرار قميصه.

وعندما يكون هناك خلل في الثلاثة أحاسيس التى ركزت عليها جين اريس سوف يكون هناك صعوبة في عمل العضلات الصغيرة والكبيرة مع بعضها البعض وتفقد التكامل الحسي.

- لكن من يقوم بتقيم عملية التكامل الحسي لدي الطفل ووضع التدريبات اللازمة؟

هو أخصائي العلاج الوظيفي الذى يكون حاصل على شهادة في العلاج بالتكامل الحسي *Occupational Therapist*.ويستطيع أن يشخص الطفل بخلل في التكامل الحسي *Sensory Integration Disorder*. وله دراية بكيفية تطبيق الاختبارات الخاصة. وهناك عدد من الاختبارات التى يقوم بها مثل *The Miller Assessment for Preschoolers*.

وعادة ما يكون الأخصائى الوظيفي فـي المراكز المتخصصـة للتوحد أو مراكز الإعاقة إذا دوره مهم في تقيم الطفل، والمشاركة في الخطة التعليمية ومعرفة نقاط القوة والضعف ووضع تمارين تساعد الطفل في التغلب على الصعوبات التى يواجهها.

وهناك كثير من التمارين التى من الممكن أن ينفذها الأهل مع طفلهم في البيت للأطفال الذين لديهم مشاكل في التكامل الحسي سواء كانوا توحديين أم لا:

- فمثلا ...تعويد الطفل على تقبل اللمس من الممكن أن يتم من خلال حمام الطفل مثل استعمال ليفة أسفنجية أو قطعة قماش مع صابون ذو رغوة وعمل مساج لجسم الطفل بالكريم الخاص أو الزيت
- أيضاً وضع الطفل بين مخدتين في جو مرح ...وعمل ضغط خفيف وقوى بالتناوب مع محاولة للتواصل من الطفل ، هل يريد ضغط خفيف أو قوى على أن تكون هناك متعة للطفل . أيضاً هناك ألعاب مثل الانغمار في حوض ملئ بكرات البلاستيك أو حوض ملئ بحبات الرمل.التعود على تحسس أشياء مختلفة مثل المشاركة في العجن ،وحمل الماء البارد أو الدافئ كنوع من المشاركة في المطبخ تقريب لجسم الطفل ألعاب أو دمي ذات ملمس ناعم أو خشن .

وإجمالا نرى تمارين كثيرة...مثل الزحف، والتسلق ،والهز، والدوران، والنط واللعب بالماء، واللعب بالرمل، واللعب بالعجين. كلها تدخل تحت ألعاب مختلفة وممتعة من الممكن تنفيذها تدريجيا مع الطفل ، مع استعمال وسائل التعزيز والمشاركة .

الفصل الثاني

الاضطرابات السلوكية والتدخل السلوكي

أولاً : المشكلات المتعلقة باضطرابات السلوك :

تلقي مشكلات السلوك لدى الأطفال اهتمام الصحة النفسية ، لما تحدثه من إزعاج للآخرين في بيئة الطفل ، كما إنها منبئ بمشكلات تالية في الحياة *(Kamphaus , 1985 : 599)* .لذا وضعت العديد من التعريفات .

ومن هذه التعريفات :

تعريف (بهادر ، ١٩٨١) المشكلات السلوكية بأنها " جميع الأفعال التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة ، والتي لا تتمشى مع معايير السلوك السوي المتعارف عليها ، والمعمول بها في البيئة ، والتي تشكل خروجا ظاهرا عن السلوك المتوقع من الأفراد العاديين، وتصف من تصدر عنه بالانحراف وعدم السواء".

كذلك تشير (سلامة ، ١٩٨٤) إلى أن المشكلات السلوكية هي " سلوك متكرر الحدوث غير مرغوب فيه ، يثير استهجان البيئة الاجتماعية ، ولا يتفق ومرحلة النمو التي وصل إليها الطفل ويجدر تغيره لتدخله في كفاءته الاجتماعية ، ولما له من آثار تنعكس على قبول الطفل اجتماعيا ، كما ينعكس أيضاً على قبوله لذاته، وشعوره بالرضا والسعادة، ويظهر في صورة عرض أو عدة أعراض متكررة متصلة يمكن ملاحظتها مثل الكذب ،والسرقة ، والتخريب ".

ولكن ...متى نعتبر سلوك الطفل مشكلة بحد ذاتها يحتاج لعلاج ؟

لا يجب أن نعتبر أن كل ما يقوم به بعض الأطفال من أخطاء عابرة أو زلات طارئة اضطرابا سلوكيا (العظماوى ،١٩٨٨ : ٧٥).ذلك لأنه لا توجد أعراض أو علامات قاطعة لوجود اللاسواء النفسي يمكن مقارنتها ، بل ويعتبر مدى واسع من السلوك سوى . والفرق بين السلوك السوي و المضطرب هو فرق في الدرجة وليس في النوع .

(Kauffman , 1985 : 16 ; Herbert , 1978 : 17).

والذي يفرق بين الطفل العادي والطفل ذوى المشكلات ليس في وجود المشكلة السلوكية من عدمها وإنما في استمرارها واتخاذها نموذجا معينا (يونس ،١٩٩٢).

ومن خلال التعريفات والتصنيفات المختلفة يمكن أن نحدد مجموعة من العوامل الشائعة المرتبطة بالمشكلات السلوكية، والتي تظهرها تلك التعريفات. فعلى سبيل المثال، يحكم على السلوك بالاضطراب إذا :

١- إنحرف عن درجة السلوكيات الملائمة لعمر الطفل وجنسه.

٢- إذا كان يحدث باستمرار أو شديد .

٣- إذا كان يحدث خلال فترة زمنية ممتدة (قاسم ، ١٩٩٤) .

أو كما ذكر(يوسف ، ٢٠٠٠ : ٣٥) إلى أن أهم علامات السلوك المشكل هي :

١- أن يكون ذات ثبات وبقاء نسبى .

٢- أن تظهر هذه الاضطرابات – عادة – في مرحلة مبكرة من حياة الفرد خاصة مرحلة الطفولة والمراهقة .

٣- أن تكون وظيفية وليست عضوية.

٤- أن تكون أولية و ليست ثانوية كأعراض لاضطرابات أخري .

٥- أن تكون قابلة للملاحظة والقياس .

٦-أن تكون من أشكال السلوك الإرادي الخاضع للتحكم والمرشد بالبصيرة والذكاء.

وفيما يلي عرض مختصر لأكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا ثم عرض للتدخلات العلاجية التي من الممكن الاستفادة بها :

١- العدوان : *Aggression*

يشير بعض علماء النفس الى العدوان بأنه " أذى بدني أو مادي أو معنوي يلحقه شخص بأخر " . كما أنه نوع من السلوك الاجتماعي يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة وإيذاء الغير أو الذات تعويضا عن الحرمان ، فهو استجابة طبيعية للإحباط (يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٤ ; الشربينى ، ١٩٩٤ : ٧٣) .

ويزداد عدوان الأطفال في الفئة العمرية من ٢ – ٤ سنوات ، ومعظم الأطفال في سن ٨- ٩ سنوات يصبحون منضبطين بشكل جيد (حسين ، ١٩٩٧) . ومع ذلك فأن السلوك العدواني في أي سن يجب أن يؤخذ على محمل من الجد ولا يجب أن يهمل على أساس أن الطفل سوف يكبر ويعبر هذا السلوك .

ذلك أن عدوان الطفولة كما يشير أودونيل (*O' Donnell* , 1995) منبأ عال بالسلوك المنحرف التالي ، فالأطفال الذين يظهرون مثل هذا السلوك العدواني في الطفولة يستمرون في خطر مرتفع فيما بعد من خلال التورط في انحراف الأحداث وجرائم الرشد .

ولأن العدوان من أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لدى الأطفال بنسبة ٤٧,٧ % يليه السرقة بنسبة ٢٥,٩ % ثم الغش بنسبة ١٥,٤ % . لذا حاول الباحثين تحديد معايير يمكن في ضوئها الحكم على ما إذا كان السلوك عدوانيا أم لا ، فأشار باندورا إلى ثلاثة معايير، هي :

خصائص السلوك ذاته مثل (الإهانة – الضرب – التخريب) ، وشدة السلوك ، وخصائص كل من الشخص المعتدى و المعتدى عليه .

والعدوان سلوك متعلم أو مكتسب عبر التقليد والمحاكاة ، فالطفل يتعلم الاستجابة للمواقف المختلفة بطرق متعددة قد تكون بالعدوان أو بالتقبل ، الأمر الذي يرجع إلى نوعية العلاقات داخل الأسرة ، وطبيعة البيئة ، والعوامل المؤثرة فيها ، كما يشيع العدوان أكثر لدى الذكور حيث يميلون إلى استخدام الأيدي والأرجل ، بينما يميلن الإناث إلى – في الغالب – العدوان اللفظي (الشربينى ، ١٩٩٤ : ٧٣) .

ويمكن تصنيف العدوان إلى أشكال مختلفة ، فمن حيث الغرض ينقسم العدوان إلى : عدوان عدائي أو هجومي ، وعدوان وسيلي أو دفاعي ومن حيث الأسلوب فينقسم إلى عدوان جسدي و عدوان لفظي ، أما من حيث استقباله فهو عدوان مباشر وعدوان غير مباشر (الشربينى ، ١٩٩٤ : ٧٣) .

٢- التخريب : *Destructiveness*

يعتبر التخريب من اضطرابات السلوك المهمة ، والذي يتمثل في رغبة بعض الأطفال ظاهريا في تدمير أو إتلاف الممتلكات الخاصة بالآخرين أو المرافق و قد يتوجه السلوك التدميرى نحو مقتنيات الأسرة في المنزل أو الحديقة أو حاجات أفراد الأسرة كالكتب و اللعب.

ولكن يجب أن يكون واضحا أن كل إتلاف ليس بالضرورة تخريبا ، وليس كل تخريب عملا شريرا ، كما أن الأطفال يختلفون في درجة الميل إلى التدمير والإتلاف ، فالنشاط والحركة أمور لازمة للطفل، ومن النادر أن نجد طفلا مدمرا أو مخربا عن قصد ، و لكن يقع التخريب أثناء محاولة الطفل تحقيق غرضه أو تحقيق فكرة طرأت على ذهنه ، دون أن يكون خلف هذا

خبث أو سوء نية فيبدو الأمر أمامنا على المستوى الظاهر تخريبا أو سلوكا تدميريا ، ومن أمثلة ما تمتد إليه يد الأطفال خلع أغلفة الكتب وتمزيقها ، وخلط الألوان خلطا لا فائدة منه، وبعثرة محتويات الأدراج ، وشد ذيل بعض الحيوانات .

وعلى الجانب الآخر هناك التخريب المرضى الذي يكون الإيذاء فيه متعمدا أو غالبا ما يكون من خلال التخطيط ، فقد يحطم الطفل أثاث المدرسة أو يؤذى الأطفال الصغار بخطف ممتلكاتهم أو دفعهم على الأرض والفرار ضاحكا وهؤلاء الأطفال يكونون في الفئة العمرية من ٩ سنوات فأكثر .
(الشربينى ، ١٩٩٤ : ٤٨)

ولعل الرغبة في الحصول على إعجاب الرفاق والأطفال ما بين ١٠ – ١٥ سنة يجعلهم عرضة بشكل خاص لمثل هذا السلوك ، كما يميل الأطفال للاستجابة بغضب شديد هدام، عندما يغضبون أو يشعرون بالإحباط . وحوالي ٥ – ٢٠ % من الأطفال المنحرفين لديهم صعوبات داخلية متأصلة(شيفر،ميلمان ، ١٩٩٦ : ٤٣٩).

٣- الـــهـــــروب من المنزل :

يشير الهروب من البيت إلى ترك الطفل لمنزله دون علم والديه، أو ولى أمره ولفترات طويلة ، وبشكل متكرر. وحالات الهروب غير المتكررة لفترات قصيرة هي حالات شائعة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦ – ١٢ سنة ، وعادة ما يكون السبب فيها الشجار في الأسرة أو البحث عن المغامرة.

(شيفر،ميلمان ، ١٩٩٦ : ٤٤١).

لكن المشكلة الجدية هي تلك التي تظهر عند تكرار الهروب لفترة طويلة وغالبا ما تكون شائعة لدى الأطفال والمراهقين . ومع النمو تتزايد مهارة الطفل في الانتقال لمسافات طويلة ، وتشير التقارير إلى أن حالات الهروب بين المراهقين في عمر ١٥ – ١٧ سنة فيها يتركون البيت لعدة أيام ، وعادة ما يتجولون بالقرب من منازلهم وعندما تنفذ نقودهم ، فهم يعودون بالرغم من أنهم يكررونها مرة أخرى عند حدوث موقف غير مريح لهم في المنزل . كما أن بعض الذين يتركون المنزل قد يسرقون ليظلوا بعيدين عن المنزل لفترة طويلة (يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٧٠) .

ولعل الصراعات الأسرية وشعور الطفل بالنبذ من قبل الوالدين ، والاتجاه إلى الرفاق للمساعدة في حل المشكلة من أهم أسباب الهروب من المنزل ، بل يبدو الهروب أحيانا كتصرف يائس يقوم به الطفل لأنه يريد أن يوصل لوالديه شيئا سبق أن بذل جهدا في محاولة توصيله دون أن يصغيا إليه ، وعلى العكس من ذلك فتدخل الأبوين في حياة الطفل اليومية يكون بمثابة شرارة تشعل فتيل الهروب (شيفر،ميلمان ، ١٩٩٦ : ٤٤١).

٤- الـــــهـــــروب من المدرسة :

يشير إلى " الحالة التي يتعمد فيها الطفل الذي يتراوح عمره ما بين ٦ – ١٧ سنة التغيب عن المدرسة دون عذر قانوني ودون علم الأبوين ، وعادة لا يذهب إلى البيت حتى يحين الموعد المعتاد لذهابه " (شيفر، ميلمان ، ١٩٩٦ : ٤٤١) . وتنتشر مشكلة الهروب من المدرسة بين قطاع كبير من الأطفال في مختلف المستويات الاجتماعية .

فالهروب من المدرسة مشكلة تزداد مع زيادة عمر الأطفال وتصبح أكثر شيوعا في عمر ١٢ سنة وكلما زادت فترة بقاء الطفل خارج المدرسة ، كما زاد احتمال تحول الهروب إلى عادة (شيفر،ميلمان ، ١٩٩٦ : ٤٤٣) .

ويرى باركر *Barker* عام ١٩٨٨ أن الهروب من المدرسة عادة ما يصاحبه سلوكيات أخرى غير اجتماعية ، فالطفل لا يعانى من القلق ولكن رغبة قوية ملحة لفعل شئ آخر كاللعب أو الجلوس في المنزل لفعل شئ أخر. وأحيانا قد يشجع بعض الأباء الهروب من المدرسة بشكل إيجابي وذلك للحصول على مساعدة في أعمال المنزل، ومعظم هؤلاء الأطفال عادة ما يكونون من المستوى الاقتصادي المنخفض. ولعل الضبط الوالدى المفرط خاصة المصحوب بالعقاب الزائد مع الوالدين غير المهتمين بأولادهم أو الذين يتركون أطفالهم في المنزل من أكثر العوامل التي تسبب للطفل الشعور بعدم السعادة، وأنه غير مقبول اجتماعيا ، ويؤدى ذلك إلى هروب الطفل من المدرسة (رزق ، ٢٠٠٠) .

٥- نــوبـــات الـغـضـــب و حـدة الــطـبـع : *Temper Tantrums*

هي " انفجار عنيف للغضب يستثار بسهولة ، وردود الفعل فيها تشبه البركان في شدتها ". وقد يكون الغضب رد فعل طبيعي إذا كان متناسبا مع المثيرات الكامنة خلفه ، لكن معظم نوبات الغضب التي يظهرها الأطفال تكون غير متناسبة إطلاقا مع متطلبات الموقف ، وهنا تكمن الخطورة في هذه النوبات فبعض الأطفال يتخذونها طريقة أساسية ومفضلة لحل مشكلاتهم ،

وقد تصبح عادة تعمل دائما لصالح الطفل وغالبا ما يستسلم الأبوان ويرضخان لرغبات الطفل الغاضب ، وبهذه الطريقة يتعلم الطفل بسرعة أن بإمكانه التحكم في ما يحيطه ويبدأ فورا نوبة غضب لكي يحقق ما يريد ، لذلك تعكس نوبات الغضب مشكلة سلوكية خطرة (الشربينى ، ١٩٩٤ : ١١١ ; حسين ، ١٩٩٧) .

ونوبات الغضب أكثر شيوعا خلال السنوات الأربع الأولى ، وقد تستمر بعد سن دخول المدرسة حيث اعتاد الطفل الحصول على ما يرغب بواسطة هذه الانفجارات (يوسف، ٢٠٠٠: ٢٧١). وتختلف مظاهرها باختلاف أعمار الأطفال؛ فمنذ منتصف السنة الأولى إلى قرابة الثانية من العمر يبدو الغضب في ثورة الطفل وفي البكاء إما لتركه وحيدا ، أو لعدم قدرته على جذب انتباه من حوله من الكبار ، ومن مظاهر الغضب بين الثالثة والخامسة تقريبا ضرب الأرض بالقدمين ، والرفس ، والقفز، والضرب ، ويصاحب هذا الصوت المرتفع أو الصراخ بل هناك من الأطفال الذين يبدو عليهم تصلب أجزاء الجسم؛ لذا فالغضب في هذه الفترة العمرية يأخذ أكثر الأشكال الموجهة نحو الذات . وبعد عمر الخامسة يبدو احتجاج الطفل في صورة لفظية أكثر ، ويكون استخدام الكلمات والألفاظ بهدف التهديد ، والقذف ويساعده في ذلك محصوله اللغوي . أما الطفل قرابة الثامنة فربما يلجأ إلى الأسلوب نفسه وأن كان في الغالب يلجأ إلى التمتمة بألفاظ غير مستحبة . وللغضب أيضاً مظاهر تختلف إلى حد ما باختلاف الجنس ، إذ يلجأ الذكور إلى الهجوم وضرب الأرض ، بينما تلجأ الإناث إلى استخدام الكلمات والألفاظ وأحيانا الشتائم (الشربينى ، ١٩٩٤ : ١١٠ – ١١١) .

ومع تطور نمو الأطفال ودعم سلوك الغضب بطريقة متطرفة ، تبدو عليهم مظاهرة في المراحل الأخرى ، فالأطفال الأكبر أكثر قدرة على معرفة عواقب غضبهم من الأطفال الأصغر عمرا ، ويظهرون فترة استياء أطول من الأطفال الأصغر بالإضافة إلى كثرة المواقف التي تستثير الغضب خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة عما كان عليه الحال في الطفولة المبكرة ، كما أن لديهم رغبة أقوى في الاستقلال ويتذكرون سبب غضبهم فترة أطول ، ويذكرون الآخرين الذين كانوا سببا في ذلك .لذا تصبح ثورات الغضب لها أضرارها وسلبياتها في المراهقة والرشد ، مثل سوء العلاقات الإنسانية، وسوء الحالة النفسية ، فضلا عن أن الغضب قد يعرقل التفكير السليم والحكم على الأحداث ، فإنه ربما يؤدى إلى وقوع الجرائم مثل التدمير والتخريب ، والتشاجر (إبراهيم ، ٢٠٠١ ; الشربينى ، ١٩٩٤ : ١١١) .

٦- الـــــســـرقـــة : *Stealing*

هي استحواذ الطفل على ما ليس لـه حق فيـه وبـإرادة منـه ، وأحيانـا باستغفال مالك الشـيء المراد سرقته وتضـليله . وهـي تختلـف عـن النهـب أو السلب التي يمارسها الأطفال الأكبر والأقوى علـى الأطفـال الآخـرين كاشـفين عن أنفسهم مع الفخر والزهو بما يفعلون .

ورغم أن كثير من سرقات الأطفال تكون عـابرة ولا تشـكل اضـطرابا مستمرا في السلوك ، وترجع إلـى القدرة علـى التمييز بـين الصـواب والخطـأ كما يذكر (يوسف ، ٢٠٠٠: ٢٦٩) . فإن الطفل بعد السادسة يكون مـدركا لما يملكه هو وما يملكه غيره؛ لذا تبدأ السرقة كاضـطراب سـلوكي فـي الفتـرة العمرية من ٤ – ٨ سنوات ويتطور الأمر ليصبح جنوحا في عمر ١٠ – ١٥ سـنة ، وقـد يسـتمر الحـال فـي المراهقـة المتـأخرة (الطيـب ، ١٩٨٩ : ٧٠ ; الشربينى ، ١٩٩٤ :٢٢)

ولعل رغبة الطفل في الامتلاك الناجمة عن حب التملك *Instinct of Possession* ليست إلا امتداد لمصلحته الذاتية ، أو قد تكون كما تذكر (الشـبينى ، ١٩٨٥) رغبـة للانتقـام مـن الوالـدين أو لجـذب انتبـاههم وكسـب عطفهم. لكن عادة ما يعكس سلوك السرقة عند الطفل إحساسه بـالحرمان الـذي هو مسألة نفسية قبل أن تكون مسالة مادية(الطيب ، ١٩٨٩ : ٧٠) . فالطفل بإقدامه علـى ما سرق لـيس رغبـة فـي المسـروق، ولكنـه يبحـث عـن شـخص ، يبحث عن أمه ولكنه لا يعرف ذلك ، فهو يفعل *Acting - Out* الخيـال الـذي ينتمي إلى حفزات الحب ولا يستطيع الاستمتاع سوى بتفعيل الخيال والحقيقـة أن الأم قد تكون موجـودة وقـادرة علـى إعطائـه أي قـدر مـن الحـب، لكـن مـن وجهة نظر الطفل هناك شئ ما مفقود، فالطفل الـذي يسـرق هـو رضـيع يبحـث عن الأم ، أو شخص لديه الحق في أن يسرق منه ، وإذا تتبعنـا جـذور السـرقة يمكن أن نجد أن اللص لديه حاجة لإعـادة إقامـة علاقـة مـع العـالم علـى أسـاس إعادة إيجاد الشخص الذي يفهمه ، ويستطيع التكيف مع احتياجاته بشكل فعال . (*Baltimore & Maryland , 1968 : 163*)

ويتفق هذا مع ما أشار إليه ميلر وزملاؤه *Miller et al ., 1937* .(*:210*)

فالسـرقة والهـروب مـن المدرسـة أحـد أشـكال قلـق الطفولـة ، وأكثـر شـيوعا مـن خـلال سـرقة الأشـياء البسيطة والتـي يـتم توجيههـا ضـد الوالـدين وكذلك ضد المجتمع ، والأمر المهم في تكرار سرقات الأطفال ليس فـي عـدم

تدريبهم على إدراك الفرق بين ما لهم وما للغير ، لكن في أن المال الذي أو الشيء الذي يسرق هو بديل عن الحب الذي يفتقده الطفل .
وللسرقة عدة أشكال منها :

١ - السرقة الكيدية : حيث يلجأ بعض الأطفال إلى سرقة أشياء عقابا أما للكبار أو لأطفال مثلهم ، حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع ،والفزع وذلك نتيجة لوجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

٢ – سرقة حب التملك : لا أبالغ إذا قلت إن أغلب الأطفال مارسوا أنواعا من السرقة ، فالأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت في النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولى، ورغبة الطفل الرضيع في الاستئثار بالأم الذي قد ينجح مما يدفعه بالتدريج إلى محاولات الاستحواذ على أشياء أخري.

٣- السرقة كحب المغامرة : إن دافع السرقة هنا ليس الجوع والحرمان ، ولكن حب الاستطلاع والمغامرة .

٤ -السرقة كاضطراب نفسي : إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة، ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد ، فالدوافع النفسية قد تتفاعل مع العوامل البيئية ، وقد تكون السرقة جزءاً من حالة نفسية إذ يسرق الطفل نتيجة لاستقرار بنائه النفسي على الآخذ دون العطاء .

٥- السرقة لتحقيق الذات : قد يلجا الطفل إلى السرقة لإشباع ميل أو رغبة في نفسه أو للظهور بصورة أفضل(الشربينى ، ١٩٩٤ : ٢٣-٢٤) .

٧- الـــكـــذب : *Lying*

إذا تعمد الطفل قول الحقيقة أو حرف الكلام أو إبتدع ما لم يحدث مع المبالغة في نقل ما حدث ، أو اختلق وقائع لم تقع قيل إنه يتصف بسلوك الكذب . فالكذب وقطبه الآخر الصدق سلوكان مكتسبان ولا يورثان ، كما أنه سلوك اجتماعي غير سوى يؤدى إلى عديد من المشكلات الاجتماعية كعدم احترام الصدق والخيانة(الشربينى ، ١٩٩٤ : ١٧).وأحيانا يكون الكذب ليس بمشكلة حقيقية إذ لابد من توافر النية لعدم مطابقة القول للواقع أو مناقضة الحقيقة، وهذا ما لا نجده قبل سن الخامسة ، حيث يكون الطفل الصغير غير قادر على تمييز الحقيقة عن غيرها ، أما ما قد يستخدمه الأطفال الصغار من

كذب ، فهو ناتج عن عدم قدرتهم على التمييز بين الصواب والخطأ ، ووجود خيال واسع الأفق ، ففي سن ٢ – ٣ سنوات يصبح الكذب نوعاً من أنواع اللعب باللغة ، ووسيلة لصنع القصص والحكايات الممتعة في عمر ٣ – ٤ سنوات.

(رزق ، ٢٠٠٠ ; الشبينى ، ١٩٨٥).

لذا فما دام لا يوجد التخطيط ، والتعمد ، والإصرار فهذه الأشكال لا تعد مثيرة للقلق. ومع التقدم في العمر والنضج العقلي ومداومة الوالدين على تصحيح المعلومات الكاذبة والنهى عنها ، يقلع الكثير من الأطفال عن الكذب (يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٧) . لكن الأطفال الأكبر سنا والمراهقين كما يذكر دالتون *Dalton* عام ١٩٩٦ يكذبون لخدمة أنفسهم ، ويكون هذا في سن المدرسة خاصة الذكور الذين يمارسون الأكاذيب اللاجتماعية لتجنب العقاب ، والحصول على مكاسب (شيفر ، ميلمان ، ١٩٩٦ : ٤٣٦) .

ولعل قسوة الآباء تكون أكبر دافع لاستمرار الطفل في الكذب ، فالصدق سوف يجلب له العقاب (الطيب ، ١٩٨٩ : ٧١) . وقد يكشف عن وجود مشكلة انفعالية ، فبعض الأطفال والمراهقين يسقطون في أعراض الكذب بسبب شعورهم بأن الكذب هو الطريق الأساسي للتعامل مع طلبات الوالدين والمدرسين وأوامرهم (رزق ، ٢٠٠٠).

٨- العصيان: *Disobedience*

هو عدم القيام بعمل ما يطلبه الأب (أو الأم) في الوقت الذي ينبغي أن يعمل فيه ، ونجد أن الأطفال يذعنون في معظم الأوقات لتعليمات الأبوين في خلال السنة الأولى والثانية من العمر . إلا أن جميع الأطفال يعصون في بعض الأحيان ، ويرفضون الاستجابة بشكل إيجابي للقوانين المنطقية التي يفرضها الأبوان . ويصل سلوك العصيان ذروته في البداية خلال الثلاث سنوات الأولى ويتناقص بشكل طبيعي بعد ذلك ، وينبغي أن ننظر إلى كمية معقولة من عدم الطاعة على أنه تعبير صحي عن الأنا المتطورة التي تسعى إلى الاستقلال والتوجيه الذاتي ، أما العصيان غير السوي فيظهر بشكل أكثر تكرارا وشدة ،ويدوم لفترة أطول من النوع السوي (شيفر ، ميلمان ، ١٩٩٦ : ١٠٤)

ويعتبر هذا النوع مع تحطيم الممتلكات وفقا لــ اكينباخ *Achenbach* عام ١٩٩١ من أهم المشكلات التي يواجهها الأطفال ، حيث يبلغ معدل العصيان ، وعدم الطاعة ٥٠ % من الأطفال(كازدين ، ٢٠٠٣ :٢٩) .

وهناك ثلاثة أشكال رئيسة للعصيان :

١. شكل المقاومة السلبية ، حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويشكو ويتذمر من الطاعة الواجبة عليه .
٢. التحدي الظاهر (لن أفعل ذلك) مع استعداد الطفل لتوجيه إساءة لفظية .
٣. نمط العصيان الحاقد ، ويؤدى إلى قيام الطفل بعمل عكس ما يطلب منه تماما (شيفر ، ميلمان ، ١٩٩٦ : ١٠٤) .

التعديل السلوكي لمشكلات الأطفال :

يشير تعديل السلوك إلى تغير السلوك غير المرغوب بطريقة مدروسة . وهو نوع من العلاج السلوكي الذي بدأ في أواخر الخمسينيات تطبيقاً للنظريات السلوكية، ومن منظريها واطسون وبافلوف وثورنديك وسكنر وجثري وآخرون. وهو أسلوب يعتمد على التطبيق المباشر لمبادىء التعلم والتدعيمات الإيجابية والسلبية وعلم النفس التجريبي بصفة عامة ؛ بهدف تعديل السلوك غير المرغوب (سفيان ، ٢٠٠٤: ٢٩٥).

هذا ، ومن الجدير بالذكر إنه إذا كان لدى الطفل مجموعة من السلوكيات غير المرغوبة فلا يمكن تعديلها دفعة واحدة بل ستكون مهمة مستحيلة لذلك علينا تقسيم السلوك إلى مراحل ، واختيار الأصعب أو الأخطر أو المهم في أو على أو إلى حياة الطفل ، بحيث نجعل من تعديل السلوك حلقة مترابطة ومتسلسلة ونبدأ كما ذكرنا بالأصعب أو الأخطر.

ولكي نبدأ في خطة تعديل السلوك يجب أن نضع ثلاث مراحل:

- المرحلة الأولى : وهي تحديد السلوكيات التي تسبب مشكلة أو اضطراب. وتعد هذه الخطوة خطوة مهمة لأن الخطأ في تحديده كخطأ الطبيب بالتشخيص.مثال : الطفل يجلس على الأرض ، ويصرخ ويضرب رأسه بالحائط (هذا تحديد واضح أما التحديد غير الواضح عندما نقول الطفل منزعج -يبكي – يصرخ).

- المرحلة الثانية: تحديد الأولويات : لكل طفل مجموعة من المشاكل السلوكية ، وكلها تحتاج إلى تعديل مثال : الطفل يرفض اللعب - الطفل يمزق الأوراق- الطفل يرمي كل شيء على الأرض أو من النافذة- لا يحترم الضيوف.
ولتحديد الأوليات يجب أن نختار-كما سبق وذكرنا- المشكلة، التي تشكل خطرا على الطفل ، وعلى الآخرين أو أن تكون غير لائقة اجتماعيا أو أن تكون مسببة في إعاقة التدريب، أو التي تسبب الإزعاج للوالدين.
- المرحلة الثالثة : تحديد وظيفة السلوك : بما أن السلوك يخدم وظيفة كما ذكرنا يجب أن نحدد ما هي الوظيفة التي يخدمها وهذه الخطوه قد تكون صعبة لذا لا نحتاج إلى التحليل والاستنتاج ليس بناء على خبرة المربي أو الأخصائي، بل نعتمد على الملاحظة على الشكل التالي:
أ- ما يسبق السلوك.
ب- ما هو السلوك.
ج- ما يحدث بعد السلوك.

ومن خلال هذه الملاحظة وتدوينها نحدد حجم السلوك وتكراره ومدى شدته، ويجب عدم استبعاد احتمال ، وجود أسباب طارئة قد تكون مسببة، مثل قلة النوم- التعب- المرض.ويجب الانتباه اذا كان السلوك في اطار البيئة ، لذا على سبيل المثال إن محاولة تعديل سلوك للتخلص من التفوه بكلمات غير مقبوله متجاهلين البيئة والأهل والمحيط .

ثم علينا تحديد البديل الذي يجب أن نضعه بدلا من السلوك غير المرغوب به .وأن يستطيع الطفل أن يقوم به وفي حدود قدراته ويجب أن يكون البديل في مستوى السلوك غير المرغوب به ، آخذين بعين الاعتبار سن الطفل وقدراته ويتوقف نجاح المهمة على معرفتنا بقدرات الطفل واهتماماته.

وفيما يلي بعض الأساليب التي يمكن استخدامها في برامج تعديل السلوك :

١- التدعيم أوالثواب *Reinforcement*

يعتبر قانون الثواب أساسا في عملية تعديل السلوك، وينص القانون على "أن كل سلوك يؤدي إلى مكافأه " لدفع صاحبه إلى تكراره غالبا للحصول عليها ثانية . فالمكافأة إذن هي نتيجة، ومحصل بعد القيام بذلك

السلوك . وبطبيعة الحال إذا لم يحدث السلوك فلم يكن هناك أي مكافأة. إن السلوك الذي لا يؤدي إلى مكافأة نادرا ما يدوم لدى صاحبه ، ويندر حصوله مع الزمن. أما إذا استمر الفرد في أداء سلوك معين ، وبشكل متكرر فيمكن القول إن ذلك قد حصل لأن تأدية ذلك السلوك هو شكل من أشكاله مكافأة لصاحبه.

أنواع الحوافز:

- الحوافز المأكولة : كالأطعمة والحلويات والشراب .
- الحوافز المادية : كالألعاب. .
- الحوافز الاجتماعية : مديح الطفل(شاطر) – تقبيله - احتضانه.

بعض هذه الحوافز طبيعية وبعضها اصطناعي تستخدم لتدفع الطفل للقيام بالسلوك المستهدف ، حيث يطلب من الطفل القيام بتصرف معين وتعرض عليه المكافأة. أما الحوافز الاجتماعية فتستعمل للمحافظة على السلوك المكتسب . أما الحوافز المادية فتستعمل لاكتساب تصرفات جديدة بشكل أسرع خاصة لدى الأولاد المندفعين، أو الذين يعانون من اضطرابات سلوكية. والحوافز المادية تستعمل كأسلوب وبرنامج منهجي يؤدي لزيادة الحصول على السلوك المقبول.

ويجب عدم لفت النظر أثناء التحفيز إلى تذكير الطفل على سبيل المثال إذا كان الطفل يقوم بتخريب المنزل، وإن وجدناه يلعب بلعبه يجب أن نقول له شاطر هذه اللعبة جميلة أفضل من القول : إن هذه اللعبة جميلة ألعب بها ، ولا تخرب المنزل لأن بذلك نشجعه ونذكره بالعودة إلى التخريب.

إن الحوافز تستعمل لتدريب الطفل على القيام بتصرف ما لردعه عن القيام بعمل ما لذلك يجب لفت نظر الطفل دائما إلى التصرف الذي تم مكافئته عليه حتى لو كان عاجزا عن الكلام. وبغض النظر عن الحوافز التي نلجأ إليها فإن الحافز مهما يكن نوعه يجب أن يكون فعالا . لذلك على الأخصائي أن يعرض قائمة من المدعمات على والدي الطفل ، والأفضل أن يجرب عدة حوافز من عدة أنواع إلى أن يلاحظ الاهتمام من الطفل لحافز ما وهي خطوة مهمة عند القيام بإعداد برنامج معين لتعديل السلوك فإن الحوافز التي يفضلها الأخصائي يمكن أن يرفضها الطفل مهما حاول الأخصائي تعويد الطفل عليها ، فلكل طفل حوافزه. لذلك يجب إيجاد الحافز الذي يكون ذا قيمة بالنسبة للطفل ، فكل ما يجذب انتباه الطفل ممكن أن نجعل منه حافزا.

بعد فهم مدى فعالية الحافز -الحرمان-والأشباع- علينا تحديد الجرعة أو الكمية التي يمكن إعطائها لنحصل على افضل النتائج وعلى الأخصائي أن يختار الكمية المناسبة من الحافز المطلوب كي يحافظ على إحتياج الطفل إلى مزيد من الحافز ويجب عدم المبالغة بالمكافأة حتى لا يفقد الحافز قيمته ، ويجب أن يكون الحافز قويا بحيث نبقي الطفل منشغلا بأداء السلوك المطلوب وفي الوقت نفسه متشوقا لإستلام مكافأته. .

الظروف الأساسية في تقديم الحوافز:

يجب تقديم الحافز(المكافأة) فور إنجاز السلوك المطلوب لكي تكون ذات فعالية قوية ومؤثر في شخصية الطفل. .

برمجة الحوافز :

لتحديد عدد المرات التي يمكن أن نقدم المكافأة إذا حصل السلوك المطلوب.

- التحفيز الدائم : ونستعمل هذا الأسلوب عندما نبدأ بتدريب الطفل على سلوك جديد أو تعديل سلوك آخر، وذلك بتقديم المكافأة لما أنجز السلوك بشكله المطلوب وعندما نكافئْ الطفل لقيامه بالأعمال الصحيحة فسرعان ما يتمكن من التمييز بين الأعمال الصحيحة والأعمال غير الصحيحة.
- التحفيز الجزئي : وذلك بالتقليل من عدد المكافآت لدى قيام الطفل بالعمل المطلوب نفسه بشكل دائم . ولا يمكن تطبيق هذا الأسلوب إلا بعد أن يكون الطفل قد أكتسب السلوك المطلوب نتيجة لخضوعه لأسلوب التحفز الدائم.
- والتحفيز الجزئي: يمكن أن يؤدي إلى تكريس جودة السلوك لمدة أطول مما يقدمه التحفز الجزئي. .

إن قوة الحافز عادة ما تظهر بعد إنجاز السلوك المستهدف، ولا يكون الحافز في مقدمة السلوك كدافع ميكانيكي آلي ، بل يأتي الحافز كمكافأة معنوية في نهاية العمل المنجز فإذا قدم الحافز إلى الطفل سلفا أي قبل إنجاز العمل المطلوب منه عندها لا يجد الطفل سبباً للقيام بالعمل المطلوب، ومع نموه وفهمه لما يجري سيرفض القيام بالعمل معللا بأنه يرفض الرشوة، وهي سوء استعمال قوة الحافز الإيجابية.

٢- العقـــاب *Punishment*

إن المعاقبة هي عملية تحدث بعد وقوع السلوك ، وتؤدي إلى التخفيف من حدوثه فيما بعد .وبتلك الطريقة ممكن تحديد السلوك السيىء ووصف العقاب المناسب بعد وقوعه ويحدث العقاب بطرق مختلفة مثل : الصفع الخفيف على اليد أو الصراخ أو التوبيخ أو التأنيب أو السخرية أو بقول لا أو برفع الحاجبين احتجاجا.

ويؤدي استعمال نوع معين من العقوبات أكثر من استعمال أنواع أخرى إلى مضاعفات تجدر الإشارة إليها:

- مع أن العقاب هو عملية سريعة للحد من التصرف تؤدي غالبا إلى الحد من حصول التصرف القائم في تلك اللحظة ، مع عدم القدرة على إضعاف السلوك على المدى الطويل.
- إن العقوبة الجسدية تؤدي إلى نشوء السلوك الهجومي العدائي، وكثيرا ما يقوم الأطفال بتقليد الكبار في سلوكهم ، وخاصة سلوك الأهل . عند استعمال الصفع أو الضرب للعقاب، فيظن الطفل أن مثل ذلك النوع من التصرف هو تصرف مقبول اجتماعيا.
- كثيرا ما يستعمل العقاب للحد من الاضطرابات السلوكية الخفيفة دون استعمال أي من الحوافز من أجل تطوير تصرف إيجابي مناسب يؤدي إلى شعور الرهبة والخوف من الأهل ، فيحاول الصغير الهرب من أهله أو يصبح معاندا لآرائهم.
- ولأن هناك مضاعفات جدية لأي عملية عقاب ، لذلك يجب إيجاد أسلوب أخر نتمكن من تخفيف حصول السلوك السيئ بدلا من العقاب.

أنواع العقاب :

- الحرمان : حرمان الطفل من المشاركة في الألعاب التي يحبها أو أي أنشطة أخرى.
- الإبعاد: إبعاده من غرفة الفصل لفترة قصيرة في الحصص التي يحبها.
- الإهمال: وذلك بعدم إعطائه أي اهتمام. .
- المعاقبة داخل الفصل : إجلاس الطفل على كرسي وإدراته للحائط بحيث لا يرى رفاقه، وما يقومون به من أعمال.

ملاحظات:

- يزداد السلوك المراد تعديله في البداية...لا تتراجع... واشرح للطفل دائما عن سبب استخدامك المكافأة أو العقاب حتى لو كنت تظن أنه لا يفهم . واحرص أن تكون تعابير وجهك متناسبة مع ما تحاول ايصاله للطفل لا تجعل الطفل يستدرجك في سلوكه، وتذكر أنه إذا توفرت له بيئة فيها الاهتمام والحب والانتماء والاحساس بالاهمية فهذا يساعده على تقليد قيامه بسلوكيات غير مرغوبة.
- إن العقاب الذي نقرره لسوء تصرف ما يجب أن يوضع موضع التنفيذ في كل مرة يحدث التصرف، وإذا ما نفذ العقاب مرة ولم ينفذ في حين آخر يحتمل أن يؤدي إلى زيادة حدوث التصرف السيء .
- يجب أن تكون قوة العقاب موازية لقوة التصرف المقترف ، بمعنى لا يجب أن يتلقى الطفل الذي اقترف ذنبا بسيطا عقابا قويا .

٣- الانطفاء: *Extinction*

وهو التوقف عن الاستجابة نتيجة توقف التدعيم . ويقوم هذا الأسلوب على انصراف الأخصائي عن الطفل حين يخطيء، وعدم التعليق عليه، والثناء عليه حين يحسن التصرف. فقد يحاول الطفل أن يزيد من الثرثرة لجذب الانتباه إليه إلا أن التجاهل المتواصل يؤدي إلى كفه. ويعتبر الانطفاء سلوك أكثر فعالية حتى وإن استخدم بمفرده بشرط تعزيز السلوكيات المرغوبة في الوقت نفسه.

هذا وتتوقف سرعة اختفاء السلوك عند خضوعه للانطفاء على عدة عوامل منها :

أ- كمية التعزيز التي حصل عيها الفرد في الماضي ، فكلما كان التعزيز اقل كلما كان اختفاء السلوك أبطأ .

ب-يبدي السلوك الذي يخضع لجدول تعزيز متقطع مقاومة أكبر للانطفاء من السلوط الذي يخضع لجدول تعزيز متواصل .

ج-درجة الحرمان من المعزز ، فالشخص الذي حرم من المعزز لفترة طويلة نسبياً دون الحصول على المعزز يبدي مقاوة أكبر للانطفاء (أحمد ، ٢٠٠٦: ٣٠).

٤- التعميم: *Generalization*

يستخدم التعميم عندما يمتد أثر تعزيز سلوك ما إلى ظروف أخرى غير التي حدث فيها التدريب أي أن يمتد الى مواقف او سلوكيات اخرى.

وهناك نوعان من التعميم هما: تعميم المثير ويعني انتقال أثر التعلم من الوضع الذي تم تعديل أو تشكيل السلوك فيه إلى الأوضاع الأخرى المشابهة والثاني تعميم الاستجابة أي انتقال أثر التعلم من استجابة تم تعديلها أو تشكيلها إلى الاستجابات الأخرى المماثلة .

٥- التشكيل: *Shaping*:

يعد من الأساليب المهمة في العلاج والإرشاد . ويشير التشكيل إلى الإجراء الذي يشتمل على التعزيز الإيجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئا فشيئا من السلوك النهائي، بهدف إحداث سلوك لا يوجد حالياً .

والتشكيل لا يعني خلق سلوكيات جديدة من لا شيء، فعلى الرغم من السلوك المستهدف نفسه لا يكون موجودا لدى الفرد كاملا ، فإنه غالبا ما لا يوجد له سلوكيات قريبة منه ولهذا يقوم الأخصائي بتعزيز السلوكيات بهدف ترسيخها لدى الطفل ، وبعد ذلك يلجأ إلى التعزيز التفاضلي، والذي يشتمل على تعزيز الاستجابة فقط ، كلما أخذت تقترب أكثر فأكثر من السلوك المستهدف.

وعند استخدام هذا الأسلوب يقوم الأخصائي في البداية بتحديد السلوك النهائي الذي يراد تعلمه، وبعد ذلك يختار استجابة تشبه السلوك النهائي إلى حد ما ، ويبدأ بتعزيز تلك الاستجابة بشكل منظم ويستمر بذلك إلى أن تصبح الاستجابة قريبة أكثر فأكثر من السلوك النهائي، وتسمى عملية تشكيل السلوك على هذا النحو" بالتقارب التدريجي ". ويتمثل مفتاح النجاح في عملية التشكيل في كون التعزيز متوقفا على نحو تدريجي باتجاه السلوك النهائي وتجاهله (عدم التعزيز) عندما ينحرف عن السلوك النهائي.

خطوات تشكيل السلوك :

١- تحديد السلوك النهائي المراد الوصول إليه بدقة .
٢- تحديد السلوك المدخلي وتعريفه : إذ لابد من اختيار استجابة قريبة من السلوك النهائي. ويمكن تحديد السلوك المدخلي من خلال الملاحظة المباشرة للطفل لعدة أيام قبل البدء. ويجب أن يتصف السلوك المدخلي بصفتين هما :

أن يحدث السلوك بشكل متكرر وذلك حتى تتوفر لنا الفرصة لتعزيزه وتقويته وأن يكون السلوك المدخلي قريباً من السلوك النهائي.

٣- اختيار معززات فعالة .

٤- الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدل حدوثه مرتفعاً.

٥- الانتقال التدريجي من مستوى أداء إلى مستوى آخر : ويعتمد ذلك على درجة الطفل للسلوك المطلوب منه . والقاعدة هنا أن يتم تعزيز الأداء من ثلاث إلى خمس مرات قبل الانتقال إلى المستوى الآخر، ذلك أن تعزيز مستوى الأداء لمدة طويلة يعمل على ترسيخ ذلك النمط من السلوك، مما يجعل من الانتقال إلى المستوى التالي أمراً صعباً ، ومن ناحية أخرى فإن تعزيز السلوك لفترة قصيرة يؤدي إلى اختفاء السلوك.

٦- التسلسل : *Chaining*

هو الإجراء الذي نستطيع من خلاله مساعدة الفرد على تأدية سلسلة سلوكية وذلك بتعزيزه عند تأديته للحلقات التي تتكون منها تلك السلسلة على نحو متتالي. فنادراً ما يتكون سلوك الانسان من استجابة واحدة، فمعظم السلوكيات الإنسانية إنما هي مجموعة من الاستجابات ترتبط ببعضها البعض من خلال مثيرات محددة وتنتهي بالتعزيز.

وفي تعديل السلوك تسمى الأجزاء الصغيرة التي تكون السلوك " بالحلقات"، وتتصل هذه الحلقات ببعضها البعض لتشكل ما يسمى " بالسلسلة السلوكية ".

الفرق بين التشكيل والتسلسل :

في التشكيل نبدأ بأول خطوة ونعززها ثم ننتقل إلى الخطوة الثانية حيث يقوم الطفل بالخطوتين ثم نعزز الخطوة الأخيرة وهكذا.

في التسلسل : فإن آخر خطوة هي التي تعزز دائماً .

٧- التلقين أو المساعدة : *Prompting*

وهو مؤشر أو تلميح يجعل احتمال الاستجابة الصحيحة أكثر حدوثاً وهو طريقة ملائمة لتشجيع الفرد على إظهار السلوك المطلوب بالسرعة الممكنة بدلاً من الانتظار إلى أن يقوم هو نفسه به تلقائياً. ويكون الهدف النهائي عادة الحصول على الاستجابة النهائية في غياب الملقنات، ويمكن سحب الملقنات بالتدريج مع تقدم التدريب. وهناك ثلاثة أنواع من التلقين، هي:

١- التلقين اللفظي : وهي تعليمات لفظية ينبغي أن تكون واضحة ويجب التأكد من تنفيذها. مثل قول الأم لابنها قل" بسم الله "عند الاكل.

٢- التلقين الإيمائي : وهو يتم من خلال النظر أو الإشارة إلى اتجاه معين أو بأسلوب معين أو رفع اليد وغيرها. فوضع الشخص يده على فمه مؤشر على السكوت.

٣- التلقين الجسدي : عبارة عن لمس الآخرين جسدياً ، بهدف مساعدتهم على تأدية سلوك معين،ويمكن استخدامه بعد فشل الفرد في الاستجابة للأنواع الاخرى من التلقين. وهو مفيد في تعلم المهارات الحركية ، وأيضاً لتدريب الفرد على اتباع التعليمات المختلفة.

٨- السحب التدريجي أو التلاشي: *Fading*

هو أحد أساليب العلاج السلوكي الذي يعتمد على مبادئ الإشراط الإجرائي، ويشتمل على تناول سلوك يحدث في موقف ما ، وجعله يحدث في موقف آخر عن طريق التغيير التدريجي للموقف الأول إلى الموقف الثاني؛ فقد يكون الطفل هادئا ومتعاونا في البيت ولكنه يكون خائفاً إذا وضع في موقف الصف ، ويمكن القضاء على مثل هذا الخوف عن طريق تقديم الطفل بالتدريج لمواقف تشبه غرفة الصف.

٩- تقليل الحساسية التدريجي : *Desensitization Systematic*

هو أحد الإجراءات العلاجية التي طورها ولبي في آواخر الخمسينيات ويسمى أيضاً " بالتحصين التدريجي ". ويشتمل على استخدام عملية الكف المتبادل (وتعني محو المخاوف المرضية أو القلق عن طريق إحداث استجابات بديلة لها في المواقف التي تستثيره) وغالبا ما يكون الاسترخاء هو الاستجابة البديلة .

١٠- التنفير: Aversion

وهو ربط الاستجابة بشئ منفر؛ بهدف كف الاستجابة وإطفائها. ويقوم على تغريم الفرد شيئا ماديا أو معنويا إذا قام بالسلوك غير المرغوب فيؤدي إلى تقليل ذلك السلوك مستقبلاً.

١١- الغمر: *Flooding*

وتعتمد على تعريض الفرد الذي يعاني من القلق أو الخوف بشكل مباشر إلى المثير الذي يبعث فيه القلق، فالفكرة الرئيسة هنا هي التعريض السريع لذلك المثير المشروط الذي يخاف منه بدلاً من تعريضه على فترات أو بالتدريج.

١٢-الممارسة السالبة :*Negative Practice*

استخدم فولب هذا الأسلوب عام ١٩٦٢ للتخلص من اللازمات الحركية. وفيه يطلب المعالج من الفرد أن يمارس السلوك غير المرغوب فيه بشكل متكرر مما يؤدي إلى نتائج سلبية كالتعب والملل ، حتى يصل إلى درجة الإشباع ، وبالتالي لا يستطيع عندها ممارسته ؛ مما يقلل من احتمال تكرار السلوك غير المرغوب فيه .

١٣- الكف المتبادل :*Reciprocal Inhibition*

هو كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما ، وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير المتوافقة، بمعنى أن يتم استبدال عادة سلوكية بعادة أخرى. ومن أكثر المشكلات التي يمكن علاجها بالكف: الخوف من الحيوانات والمدرسة ، والتبول الليلي، واضطرابات الكلام.

١٤- النمذجة : *Modeling*

هي عملية موجهة تهدف إلى تعليم الفرد كيف يسلك، وذلك من خلال الإيضاح . أو هي التغيير الذي يحدث في سلوك الفرد نتيجة لملاحظته لسلوك الآخرين.

فغالباً ما يتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوك الآخرين، فالإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية مرغوبة كانت أو غير مرغوبة من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، وتسمى عملية التعلم هذه بمسميات مختلفة منها : التعلم بالملاحظة، التعلم الاجتماعي ، التقليد، التعلم المتبادل.

١٥- لعب الأدوار : *Role Playing*

وهو قيام الفرد بتمثيل أدوار معينة أمام المعالج ؛ كأن يمثل دور الأب أو دور الأخصائي ، أو أدواراً أخرى أمام المشاهدين حيث يكتشف الفرد من خلال التمثيل مشاعره فيسقطها على شخصيات الدور التمثيلي، وينفس عن انفعالاته ويستبصر بذاته ، ويعبر عن اتجاهاته وصراعاته ودوافعه.

١٦- ضبط الذات : *Self - Control*

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الإجرائية التي توفر الوقت والجهد على الفرد ، لأن الفرد نفسه هو المسئول عن تطبيق الإجراءات التي تضبط سلوكه.

ويعتمد ضبط الذات على تعزيز السلوكيات التي يرضى عنها الفرد ، والتي يريد إحداث التغيير فيها ، ومعاقبة السلوكيات غير المرغوبة.

١٧- الإقصاء: *Time Out*

ويعرف بأنه إجراء عقابي يعمل على تقليل السلوك غير المرغوب فيه ، من خلال إزالة المعززات الإيجابية مدة زمنية محددة بعد حدوث ذلك السلوك مباشرة . وحتى يكون الإقصاء إجراءاً عقابيا يعمل على الحد من السلوك غير المقبول فلابد من استخدامه بشكل صحيح، لذا لابد من مراعاة ما يلي :

أ- أن تكون البيئة التي يقصى الفرد إليها غير معززة لسلوكه وإلا قد تعمل على زيادته.

ب- عدم الدخول في نقاش مطول مع الفرد المرسل إلى مكان الإقصاء بل الاقتصار على تذكيره بما فعل وجزاء ذلك .

ج- عدم إطالة فترة الإقصاء عن عشر دقائق.

د- الانتظام في تطبيق الإقصاء والابتعاد العشوائية ، وتطبيقه حال حدوث السلوك.

الباب الخامس

الاتجاهات النظرية والعلاج النفسي

- الفصل الأول : الاتجاهات النظرية المختلفة في علم النفس الإكلينيكي.
- الفصل الثاني : العلاج النفسي للاضطرابات النفسية والعقلية .

الفصل الأول

الاتجاهات والنماذج النظرية المختلفة

في علم النفس الإكلينيكي

ينظر الإكلينيكيون –حسب إعدادهم – إلى السلوك السوي واللاسوي من خلال نماذج متعددة، والتي تمثل عدة مفاهيم مترابطة تحدد للإكلينيكي ما الذي يقوم به بفحصه ودراسته ، وتيسر له كيفية التفكير فيما يتعلق بهذا السلوك وتقدم له سياق تتكامل فيه المعلومات والبيانات عن العميل، كما تحدد العلاقات القائمة بين المتغيرات وبين الأحداث والوقائع النفسية أو السلوكية وتوجيهه إلى الأسلوب العلاجي الذي يتبعه .

ورغم فائدة الإستناد إلى نموذج نظري فإن الإكلينيكي المتمرس يجب أن يضع في اعتباره ما قد ينشأ عن استخدام نموذج نظري معين من مشكلات إذ قد يقع في خطأ زيادة التعميم أو قد يتحمس لنموذج نظري واحد بحيث يصبح هذا النموذج غمامة مهنية تحد من كفاءة الإكلينيكي من قيامه بالتشخيص أو التقويم أو وضع خطة العلاج (سلامة؛عسكر ، ١٩٩٢ : ٥٦-٥٧).

وفيما يلي عرض موجز لعدة نماذج أساسية تمثل معظم التوجهات النظرية المتعلقة بالسلوك واختلالاته، وهذا العرض ضروري كأساس للفحص العميق لبعض التصنيفات التشخيصية الفرعية ولنماذج التدخل العلاجي التي سنتناولها فيما بعد .

١- النموذج الفسيولوجي (الطبي):

ينظر هذا النموذج إلى السلوك البشري بشكل عام على أنه نتاج للعلاقة بين العقل والجسم ، فعقولنا ليست جزء من اجسامنا ، ولكنها في الحقيقة وظيفة لوجودنا الفسيولوجي وخاصة المخ والجهاز العصبي. ووفقا لهذا النموذج فأن السلوك اللاسوي يرتبط عادة بأمراض عضوية جسمية ، كما تظهر أعراض الخلل النفسي أو العقلي نتيجة لأمراض أو اضطرابات بيولوجية، أو كيميائية

.(*Bootzin & Acocella , 1988 : 99*)

فقد أعطى اكتشاف العلاقة بين الاصابة بمرض الزهري وتدهور الوظائف النفسية دفعة كبيرة للنموذج الطبي لتفسير الاختلالات . ولكن المفاهيم الطبية لتفسير الاختلالات بأنواعها ليس مقبولة في جميع الحالات،

فعلى الرغم من وجود علاقة مباشرة بين المرض الجسمي والسلوك اللاسوي في بعض الأحيان فإن كثيرا من الاختلالات النفسية لم يثبت إنها نتيجة اضطراب عضوي . وتزداد الأدلة العلمية حاليا على وجود علاقة بين أداء المخ والجهاز العصبي وبين الاضطرابات النفسية كما هو الحال في الاكتئاب المزمن والفصام ، وهو ما يعطي تأييدا للنموذج الطبي. إلا أن الأدلة العلمية أشارت أيضا إلى وجود عوامل نفسية ، واجتماعية في كل من الاختلالات النفسية ،والأمراض الجسمية (كما هو الحال في أمراض القلب والسرطان) ، الأمر الذي يجعل النموذج الطبي غير كاف في معظم الأحيان لتفسير الاضطراب النفسي (سلامة؛عسكر ، ١٩٩٢: ٦٠).

ويجعل الباحثون يفضلون نموذج الضغوط ، وهو النموذج الذي يدرس التأثير المتبادل بين الضغوط البيئية والعوامل الفسيولوجية *(Bootzin & Acocella , 1988 : 100)*.

٢- النموذج السيكوديناميي (التحليل النفسي).

نشأت المفاهيم السيكودينامية لتفسير الاضطرابات النفسية أساسا من كتابات فرويد *Freud* ، ثم تبعه آخرون مثل كاميرون *Cameron* عام ١٩٦٣ وفينخل *Fenichel* عام ١٩٤٥ . حيث كان يعتقد فرويد أن كل من السلوك السوي واللاسوي هو نتاج للتفاعل بين قوى الشخصية الثلاثة الهو، والأنا، والأنا الأعلى ؛ فالهو تدفع الفرد إلى الأشياء الغريزية البدائية الغير المقبولة اجتماعيا ،ويظل الأنا الأعلى يجذب الفرد إلى القيام بأدوار وأعمال قد تكون مضادة للهو، ويظل الأنا يوازن بين متطلبات الهو ومتطلبات الواقع . غير أنه في حالة عدم التوازن بين هذه القوى ، وضعف الأنا يصير الفرد غير مستقر مما يؤدى إلى السلوك المضطرب *(Bootzin & Acocella , 1988 .: 47)*

كذلك تؤدي عدم حل الصراع في كل مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي إلى القلق الحاد أو العصاب، الذي تحاول الأنا التخفف منه عن طريق الاستخدام اللاشعوري لميكانزمات الدفاع.

وعلى عكس النموذج الطبي لتفسير السلوك المضطرب ، فأن المفاهيم السيكودينامية والنماذج العلاجية التي انبثقت عنها لا تركز كثيرا على الاسباب الفسيولوجية كأساس لاضطراب السلوك وإنما تضع الأهمية الكبرى على الخبرات الأولى في المهد والطفولة ومالها من تأثير على التفاعل الحالي القائم بين الهو والانا والأنا الأعلى. كذلك يلعب كبت الخبرات الصدمية دورا بالغا

في العصاب ، إذ يجعل الفرد يعاني من القلق في المواقف المتشابهة حتى لو كانت الأنا بوسعها أن تتغلب على الصدمات ، لذا فبدلاً من أن يقوم الفرد بمعالجة القلق بطريقة فعالة فأنه قد ينكص إلى الموقف الصدمي الأول حين كانت الأنا عاجزة أمام هذا القلق الغامر (سلامة؛ عسكر ، ١٩٩٢: ٦٤).

وبشكل عام ، فرغم الانتقادات التي وجهت لنظرية التحليل النفسي في عدم القدرة على التحقق من مفاهيمها تجريبيا، إلا أنها تعتبر أول نظرية تفسر الاضطراب السلوكي والعقلي وفقا للتاريخ الانفعالي للفرد، فقد ساهمت النظرية في نقد الأفكار التي كانت سائدة في القرن العشرين مؤكدة على أهمية الحياة الداخلية للفرد (الأحلام – التخييلات – الدوافع وراء السلوك) مما أدى إلى معالجة الأفراد المضطربين كبشر وموضحة أهمية وقيمة المعرفة بالذات *(Bootzin & Acocella , 1988 : 48)*.

٣- النموذج السلوكي:

ينظر النموذج السلوكي للاضطراب على إنه نتاجاً للتاريخ التعليمي للفرد. ويمكن فهمه في ضوء الأسس العامة للتعلم، كما أن التغير ينظر إليه بوصفه يعتمد على انطفاء العادات القديمة واكتساب تعلم جديد(مليكة ، ١٩٩٧: ٨١).

هذا ، وتعتبر العوامل الفسيولوجية ذات اهمية ثانوية في معظم الحالات لكن هذا ليس معناه أن اهميتها تافهة لدرجة يمكن التغاضي عنها. ووفقا لهذا النموذج فليس هناك شئ لاسوي بطبيعته في عملية التعلم نفسها، ولكن الاستجابات التي يكتسبها الفرد هي التي ينشأ عنها مشكلات بحيث ينبغي تغييرها (الاستجابات)،والسلوك اللاسوي يتم تعلمه واكتسابه وفقا لنفس القوانين التي يتم تعلم واكتساب السلوك السوي وفقا لها، ولكن الظروف البيئية هي التي تؤدي إلى اكتساب السلوك السوي أو اللاسوي.

وقد كان واطسون *Watson* عام ١٩١٣ هو أول من أعد المسرح لظهور وتعلم المفاهيم السلوكية لتفسير السلوك، حين أنتقد بشدة الأساليب الاستبطانية وحول اهتمام علم النفس إلى دراسة السلوك والقوانين التي تحكمه. كما أسهم ميللر ودولارد *Dollard & Miller* في تطوير النموذج السلوكي لتفسير الاضطرابات حين قاما بإعادة النظر إلى المبادئ والمفاهيم السيكودينامية التقليديةمن منظور سلوكي (سلامة ؛ عسكر ، ١٩٩٢: ٦٨).

٤ -النموذج الإنساني :

تنتمي مفاهيم هذا النموذج إلى حركة الإمكانات الإنسانية أو التيار الإنساني في علم النفس، والتي أبرزت صورة مختلفة للطبيعة الإنسانية غير تلك الصورة التي ظهرت من خلال مفاهيم التحليل النفسي أو السلوكي. حيث تؤكد مفاهيم هذا النموذج على أن الإنسان متفرد، متكامل سوي ، يدفعه دافع فطري نحو النمو(سلامة ؛ عسكر ، ١٩٩٢: ٧٢). فالبشر يولدون ولديهم ميل طبيعي لأن يكونوا ودوديين، ومتعاونين، وبنائيين ، وذلك رغبة منهم في تحقيق ذواتهم، ويمكنهم ذلك فقط إذا تقبلوا نقاط ضعفهم بالإضافة إلى قوتهم، مع إقامة نظام مُرضي من التقييم الشخصي للعيش وفقا له.

ويعود المنظور الإنساني إلى كارل روجرز *Carl Rogers* الذي اسهم مع أبراهام ماسلو*Abraham Maslow* في تأسيس التوجه الإنساني في علم النفس الإكلينيكي. كما أسس أيضا العلاج المتمركز حول العميل-*Client Centered Therapy* والذي يتناقض مع مبادئ العلاج السيكوديناميي في ذلك الوقت.فقد اعتقد إن الدافع الأساسي لأفعال البشر هو الرغبة في تحقيق الذات، وأن المشاكل النفسية تأتي من عدم التواءم بين "الذات" ،و"الذات المثالية" ،و"الذات العملية". ويمكن تلافي هذا عن طريق تربية تؤكد على التقبل غير المشروط، والاستعداد لتقبل شرعية مشاعر الإنسان وأحاسيسه (*Comer , 1998 : 77*).

هذا ، ويظهر الاضطراب في الشخصية حين يهتم الفرد بتوقعات الآخرين منه وتقويمهم له ، متجاهلا تحقيقه لذاته. فلكل منا إطاره المرجعي الذاتي الخاص وهو محصلة إدراكاته السابقة في كليتها ، وهذا الكيان الذاتي الذي شكلته الخبرة الذاتية هو ما يجعل كل فرد متفردا كما يشكل قاعدة لسلوكه وأفعاله. فالإنسان يستجيب للأحداث وفقا لكيفية إدراكه وتفسيره لها، لذا فإن فهم سلوك الفرد وتفسيره لا يمكن أن يتم إلا من خلال فحص إطاره المرجعي الذاتي.

بالإضافة إلى ذلك تؤكد مفاهيم النموذج الإنساني على حرية الإرادة والاختيار، فالإنسان يمكنه الاختيار بين بدائل الأفعال. وينشأ العصاب الوجودي *Existential Neurosis* حين لا يمارس الفرد إرادته واختياره أو يسعى لتحقيق ذاته، و ينطوي العصاب الوجودي على:-

١. مكون معرفي مؤداه عدم الاعتقاد في اهمية ،أو صدق، أو قيمة أي شئ يفعله الإنسان أو يتخيل أن يقوم به.
٢. مكون انفعالي يتميز بالشعور بالملل وفترات من الاكتئاب ، والبلادة يقل تكرارها بطول مدة هذا العصاب.
٣. جانب سلوكي فيه يقل مستوى النشاط وتتسم مسالك الفرد بأنها لم تنشأ من اختياره هو، وحتى ولو كانت نابعة من اختياره، فهو عادة ما يكون اختيارا يتطلب أدنى قدر من الجهد أو اتخاذ القرار.

٤- النموذج المعرفي.

وفقا للمنظريين المعرفيين، فإننا نعيد إنتاج وابتكار عالمنا الخاص في عقولنا كمحاولة منا لفهم الأحداث التي تدور من حولنا . وينتج اللاسواء النفسي من خلال عدة أنواع من المشكلات المعرفية، كالافتراضات غير التوافقية ، والأفكار المضطربة ، وعمليات التفكير غير المنطقية.

فقد افترض ألبرت إليس *Albert Ellis* عام١٩٩٢،١٩٦٧، ١٩٩٧أن كل منا يحمل مجموعة من الافتراضات عن أنفسنا وعالمنا. وتتميز بعض هذه الافتراضات بأنها غير منطقية بشكل كبير مما تؤدي إلى سلوك واستجابة غير مناسبة، وبذلك فهي تقلل من فرص شعورنا بالسعادة والنجاح. وقد أطلق إليس على هذه الافتراضات بالأفكار غير العقلانية. فبعض الأشخاص على سبيل المثال ، لديهم اعتقاد غير عقلاني بأنهم أشخاص فاشلين إذا لم يكونوا محبوبين ، أو مقبولين من كل شخص يعرفهم، لذا يشعر هؤلاء الأفراد عادة ما يشعرون بالرفض، ويسعون بشكل مستمر لطلب الاستحسان من الآخرين.

كذلك يمكن أن تسهم الأفكار المضطربة في الاختلال النفسي. فهناك العديد من الأفكار التي تظهر في عقولنا بعضها مقبول، والبعض الآخر مزعج . وقد أطلق أرون بيك *Aron Beck* على هذه المعارف الأفكار الآلية أو الاتوماتيكية . فإذا كان اتجاه الفرد من هذه الأفكار يتميز بالسلبية ، فإنه يتوقع أن يصبح ذلك الشخص مكتئباً (*Comer , 1998 : 73*) .

كما أشار المعرفيون أيضا إلى عمليات التفكير غير المنطقية في تفسيرهم للاختلال النفسي. فقد اوضح بيك أن بعض الأشخاص يفكرون عادة بشكل غير منطقي ويستمرون في التأكيد على نقائصهم الشخصية. وتشتمل عمليات التفكير غير المنطقية التي تميز المكتئبين على الإدراك الانتقائي ، أو

رؤية الجانب السلبي فقط من الحدث، والتعميم ، أو التوصل ملخص عام سلبي على أساس حدث واحد غير هام.

٥- النموذج الثقافي الاجتماعي.

وهو عن عوامل البيئية الثقافية والاجتماعية التي قد تكون وراء السلوك غير السوي. وقد ظهر هذا النموذج في الخمسينيات من خلال التفاعل بين مجالين هما: علم الاجتماع ، والانثروبولوجيا. فقد اوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والحرمان العاطفي، والبطالة، والولادة غير الشرعية ، وفقدان أو الإنفصال عن أحد الوالدين والطلاق، والإدمان، والتبني ، أو النشأة في ملجأ ، وعدم التوافق الأبوي في ظهور الشخصية السيكوباتية، أو الشخصية المتبلدة انفعاليا.

(عكاشة ، ١٩٩٨ : ١٠٧).

كما أكد منظري هذا النموذج على ضرورة اختبار المحتوى الاجتماعي لكي نفهم السلوك اللاسوي لدى الأفراد، لذا فقد ركزت تفسيراتهم على التركيب الأسري والتواصل، والشبكات الاجتماعية ،والضغوط الاجتماعية

(Comer , 1998:)

.101

ففي كل شبكة اجتماعية كالأسرة ، أو جماعات الأقران هناك نمط ثابت للتفاعل يحافظ على توازن هذه الشبكة الاجتماعية ، أو المنظمة بحيث يتيح أكبر قدر من البقاء والاستمرار. وأي تغير في الشبكة الاجتماعية سواء تغيير داخلي أم خارجي ، وسواء كان تغيير بناء أم تغيير هدام يهدد توازن هذه المنظمات الاجتماعية، وفي هذه الحالة تحاول المنظمة الاجتماعية أن تحافظ على توازنها عن طريق طرد مصدر الاضطراب فيها ، كما هو الحال حين يقوم المجتمع بعزل الجانحين. وفي هذا النموذج تنشأ الاختلالات النفسية في حالتين :

١. حين يحاول الفرد أن يفكر، أو يشعر بطريقة تتفق وما يتوقعه الآخرون منه حتى وإن كان ذلك لا يتفق مع ما يشعر به ، أو يراه هو ، أو يفكر فيه.
٢. حين يحاول الأفراد تغيير أدوارهم ، أو كيفية تفاعلهم داخل الشبكة الاجتماعية التي ينتمون إليها دون أن يكون لديهم القوة ، أو المهارة للتغلب على القوى المضادة في الشبكة الاجتماعية، فمثلا يرى البعض أن الأشخاص الذين يتم تشخيصهم على أنهم فصاميين قد تكون لديهم

نمط شاذ للتفكير والسلوك، لأن أسرهم تخلق تفاعلا يتميز بالرابطة المزدوجة أي أن الشخص يعاقب إذا فعل السلوك أو لم يفعله(سلامة ؛ عسكر ، ١٩٩٢: ٧٠).

كذلك فإن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية غير كافية هم أكثر احتمالا للتعرض لاضطراب الكرب التالي للصدمة في مواجهة الخبرات الضاغطة.

كما توصلت الدراسات إلى ارتفاع معدلات اللاسواء النفسي في الطبقات الاجتماعية الدنيا، وقد يرجع ذلك إلى الضغوط الخاصة التي يتعرض لها الأفراد في هذه الطبقة وتشمل، ارتفاع معدلات الجريمة ، والازدحام، وفقدان أماكن المآوى وانخفاض الرعاية الطبية ، ومحدودية فرص التعليم.

الفصل الثاني
العلاج النفسي للاضطرابات النفسية والعقلية

يمتد تاريخ العلاج النفسي منذ عام ١٧٩٣ عندما بدأ فيليب بينيل الطبيب الفرنسي أن يحرر المرضى العقليين من الأغلال ، ويدعو إلى بعض القواعد الاخلاقية في علاج المرضى إلى عام ١٩٧٥ حيث ظهور تيار البرمجة اللغوية العصبية وفنون التواصل على يد جرند وباندلر.

وعلى الرغم من ذلك نجد أن هناك اختلافا واسعا في تفسير كلمة العلاج النفسي تبعا للمدرسة التي يتبعها المعالج النفسي، ولكن يتفق الجميع على معنى عام هو أن الغرض الأساسي هو مناقشة أفكار، وانفعالات المريض ، واكتشاف مصادر الصراع والاجهاد ، ومحاولة تكيف المريض مع المجتمع في حدود قدراته الشخصية، مع إقامة تجاوب انفعالي بين المعالج والمريض واستخدامه في شفاؤه .

ويختلف المعالجين النفسيين في أساليبهم للوصول لهذا الغرض، فكل يتبع مدرسته الخاصة ويؤمن بأنها الطريقة المثلى لاستئصال أسباب الصراع ، ولتغيير الشخصية.

١- تعريف العلاج النفسي :

يعرف ولبرج *Wolberg* عام ١٩٦٧ العلاج النفسي هو " شكل من أشكال العلاج للمشكلات ذات الطبيعة الانفعالية ، يحاول خلالها الشخص الُمدرب أن يقيم- عامداً- علاقة مهنية بمريضه بهدف استبعاد ، أو تعديل ، أو تأجيل ظهور أعراض موجودة أو أنماط شاذة من السلوك ، ومن ثم التوصل إلى نمو إيجابي في الشخصية وتطورها".

كما يعرفه (روتر ، ١٩٨٤: ١٣٧) بأنه " النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد، وأكثر بنائية، أو كليهما معاً".

ويعتبر تعريف واينر *Weiner* عام ١٩٨٣ من التعريفات المشهورة للعلاج النفسي فيشر إلى" علاقة شخصية متبادلة بين شخصين: معالج ومريض ، تقوم على التفاعل اللفظي ، يحترم فيها المعالج مريضه ويحاول فهمه ويرغب في مساعدته على إجتياز مشكلاته " (إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨: ٢٣٩).

٢ -أهداف العلاج النفسي.

بالرغم من ، لكل منهج من مناهج العلاج النفسي أهداف خاصة به إلا أن هناك عدد من الأهداف الرئيسة للعلاج النفسي ، منها:

١- إطلاق الانفعالات وتيسير التعبير الانفعالي : يعتبر العلاج النفسي خبرة انفعالية. ويرى البعض – خاصة من علماء التحليل النفسي – أن العلاج النفسي لابد أن تصحبه أو تتخلله مشاعر الغضب والقلق.

٢- تقوية دوافع المريض (العميل) لعمل ما هو صائب : يعتبر هذا الغرض من أقدم أغراض العلاجات النفسية التي ظهرت قبل ظهور علم النفس الإكلينيكي. فالايحاء والتنويم المغناطيسي، والنصائح المهنية التي كان يقدمها الأطباء لمرضاهم ، جميعها في واقع الأمر كانت تهدف إلى دفع الشخص إلى السلوك بطريقة معينة يعتبرها الشخص لائقة.

٣- إطلاق إمكانيات النمو والتطور : يبلور بعض المعالجيين النفسيين هدفهم الرئيس من العلاج على فكرة تشجيع الفرد على الإبداع والتفتح للخبرات الداخلية والخارجية ، وتيسير القدرة على اتخاذ القرارات، وشجاعة التغيير والنمو، وهم يفعلون ذلك إما من خلال الكشف عن العراقيل القديمة والراهنة في حياة الفرد التي تتعارض مع نموه، أو من خلال إعانة الفرد على اكتشاف ما ينطوي عليه المستقبل من إمكانيات هائلة.

٤- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة: تبين بعض الدراسات الحديثة أن كل أساليب العلاج النفسي تقريبا –بما فيها العلاج البيولوجي القائم على استخدام العقاقير- تعتمد اعتماداً حاسما في تحقيق نجاحها على عوامل معرفية مثل ، توقع بعض المكاسب العلاجية، والاتجاه الفكري نحو العلاج والمعلومات التي يحصل عليها عن بعض الاضطرابات كالاكتئاب.

٥- المعرفة بالذات : يعرف المعالج النفسي مريضه بنفسه بالمعنى العام، فهو يساعده في تحديد أهدافه واكتشاف جوانب القوة والضعف، ويبين له – بالاعتماد أحيانا على الاختبارات والمقاييس– ما هي ميوله المهنية، واتجاهاته وحاجاته. وتجعل نظرية التحليل النفسي من أهدافها الرئيسة منح المريض استبصاراً ، أي معرفة بالعوامل اللاشعورية التي تحكم سلوكه وتوجهه وجهات غير مرغوبة.

٦ - تغيير العادات المرضية : لم يعد كثير من المعالجين النفسيين ينظرون للاضطراب النفسي على أنه نتاج لغرائز فطرية، أو صراعات داخلية، بل على أنه استجابات وعادات شاذة تكتسب من خلال تعلم خبرات خاطئة. ولهذا يكون هدف العلاج هنا هو مساعدة المريض على تكوين عادات جديدة من خلال مبادئ التعلم.

٢- بعض المبادئ العامة في العلاج النفسي .

أ- اكتساب توقعات واقعية :

تتضمن إحدى الخطوات الأولى المهمة في العلاج إعطاء العميل توقعات واقعية، ولكنها مشجعة حول إدارة العلاج وتأثيراته. وقد يكون من الضروري أولاً التعامل مع بعض افتراضات العميل الشخصية.

فيتوقع بعض العملاء الحصول على دواء سريع المفعول، ويتوقع آخرون التوصل إلى "الأسباب" التاريخية لصعوباتهم دون أي تدخل إضافي، ويتوقع كثير من العملاء أن يكون عبء العلاج واقعا على المعالج وأنهم فقط المتلقون السلبيون للعلاج، ويتوقع آخرون أن العلاج النفسي يتضمن فقط الحديث، لذلك يكون من الضروري أن يُوضح لهم ببساطة أن التغير نحو الأفضل سيحدث ببطء، وأن العلاج سيتضمن تدريبات سلوكية جديدة، وكذلك مساعدة نفسه على التحكم في صعوباته وذلك لمساعدة العميل على أن يكون مستقلا عن المعالج.

ب- التدعيم :

دائما ما يكون من المهم خلال العلاج تدعيم التحسن الذي حققه العميل حيث يبدأ من يعانون من فوبيا الأماكن المفتوحة في زيارة المتاجر والنوادي، ومثل هذه التدعيمات ستكون مهمة. كما أن سحب التدعيم من بعض أشكال السلوك غير المرغوب قد يكون مهماً في بعض الأحيان.

جـ- مناحي التدرج :

تتعلق كل مناحي التدرج بمواجهة المريض بهدف يمكن التحكم فيه وهناك على الأقل ثلاثة مناحي:

الأول : يتضمن القيام بتجزئة مهمة كبيرة إلى عناصر جزئية أو أهداف فرعية ، وما إن يتم تحقيق كل هدف فرعي حتى يحدث تقدم ثابت نحو الهدف النهائي.

ثانيا: هناك أسلوب تشكيل السلوك ، حيث تنتظم سلسلة دقيقة التدرج من المطالب للفرد يتعين عليه تحقيقها.

ثالثا : هناك التدرج في المهام وفقا لخصائص إثارتها للخوف، فمن حيث المبدأ يتعامل المرضى مع المهام الأقل إزعاجا أولاً وبمرور الوقت يمكن مواجهة المواقف شديدة الصعوبة.

د- الأداء التدريبي :

قد يكون من السهل القيام بأداء تدريبي وتمثيلي لمهارات مثل: الاسترخاء التدريجي لخفض الصداع والقلق، أو تجاهل نوبات الثورة لدى الطفل في المتاجر العامة بدلاً من تهدئته بالحلوى. كما يمكن بالمثل التدريب على مهارات جديدة حتى يتم إجادة تعلمها (لنيدزاى وبول، ٢٠٠٠: ٤٦-٤٨).

هـ- تغيير المعتقدات غير السليمة :

يعد العلاج المعرفي الآن جزءاً من العلاج النفسي- إن لم يكن الكل- المشكلات التى تعرض على الأخصائي النفسي.

٣- أنواع العلاج النفسي .

ذكرنا أنه لا يوجد علاج نفسي واحد، ولكن توجد وجهات نظر متعددة ومتنوعة لكل منها أساليبها في العلاج. ويمكن تصنيف أنواع العلاج النفسي وفقا لعدد العملاء إلى نوعين رئيسيين : العلاج النفسي الفردي، والعلاج الجماعي. كما يمكن التصنيف أيضا وفقا للمنهج المستخدم إلى علاج نفسي متعمق أو تحليلي ، وعلاج نفسي سطحي أو هادف. وفيما يلي عرضا لبعض من هذه الأنواع :-

١- العلاج النفسي المتعمق أو التحليلي.

يعد التحليل النفسي الكلاسيكي أول مدرسة حقيقية ظهرت في العلاج النفسي وكان ذلك على يد فرويد الذي بدأ علاج مرضاه ممن يعانون من أعراض القلق والهستيريا التحولية والمخاوف المرضية، وقد اشترك في العمل الإكلينيكي مع جوزيف بروير وتمحض ذلك عن نشر كتاب " دراسات في الهستيريا " . وفيه استطاع فرويد أن يحدد الأسلوبان اللذان يعتبران مفتاح هذا المنهج ، وهما التداعي الطليق، والتفسير، ويشير التداعي الطليق إلى إعطاء الفرصة للمريض كي يعبر عن أفكاره ومشاعره وكل ما يدور في خاطره دون قيد أو ضبط مهما كانت هذه الأفكار والخبرات معيبة أو مخجلة أو تبدو غير منطقية أحيانا ، أو لا علاقة لها بالموضوع الذي يدور حوله النقاش، أما التفسير فمعناه أن يقوم المعالج بربط أشكال السلوك الحالي بالخبرات الطفلية

القديمة والتي تكمن خلف هذه المظاهر السلوكية المرضية حتى نفهم معنى السلوك وأسبابه (الزيادي، ١٩٨٧: ٣٤١).

هذا، ويعتبر رؤية بناء الشخصية الحالي بوصفه نتاجا للصراعات الطفلية المبكرة، حجر الزاوية في النظرية الفرويدية. ومن هنا كان تأكيد فرويد المستمر على أن حل المشكلات الحالة للمريض يكمن في استعادة العصاب الطفلي Infantile Neurosis وحله، وفي الموقف العلاجي تنبعث هذه الصراعات المبكرة في علاقة المريض بالمعالج. بعبارة أخرى تؤثر هذه الصراعات الطفلية في مشاعر المريض واتجاهاته نحو معالجه ، وهي المشاعر التي يسميها فرويد الطرح Transference فتصبح مصدرا لإعاقة مجرى العملية العلاجية (والتي يسميها بالمقاومة) تماما كما يعوق العصاب ممارسة المريض لحياته بإيجابية .

ومن ناحية تكوين الأعراض، يرى فرويد أن العصاب يرجع أساسا إلى الدفعات اللاشعورية المكبوتة ، والتي تجاهد في الخروج إلى حيز الوعي والشعور من خلال منافذ عديدة كالأعراض العصابية، والأحلام ، وهفوات الحياة اليومية كزلات اللسان، أو القلم ، أو النسيان...الخ.

ومن الجدير بالذكر أن العلاج النفسي التحليلي لا يقتصر فقط على أفكار فرويد، بل كان يونج وآدلر ورانك ضمن الرعيل الأول الذين أسسوا مع فرويد مدرسة التحليل النفسي، ثم اختلفوا معه اختلافات جوهرية حول أصل العصاب، وقد أدت وجهات نظرهم تلك إلى ظهور ثلاثة تيارات في المنهج التحليلي النفسي واضحة المعالم إلى حد كبير ، هي: على النفس التحليلي عند يونج، وعلم النفس الفردي عند آدلر، وعلاج الإرادة لدى رانك وقد أطلق عليهم المنشقون عن فرويد. كما ظهر أيضا الفروديون الجدد أمثال هورني وفروم وسليفان والذين اهتموا أيضا بالصراعات اللاشعورية ، ولكن الاهتمام هنا لا ينصب على الصراع بين الدفعات المكبوتة التي تسعى إلى التحرر والتعبير عن نفسها وبين القوى التي تكبت هذه الدفعات، وإنما بالصراع بين الطرق غير الملائمة التي يحاول المرء من خلالها أن يتفاعل مع بيئته بطريقة بناءة خالية من القلق. كما أن علاقة المريض بالمعالج هنا تكون عادة محورا للفحص والتحليل ولكن ليس بوصفها عصاب طرح بل بوصفها أساليب المريض اللاتوافقية التي يتعامل بها مع الناس في حياته اليومية.

ولا تستعمل هذه الطريقة في مصر إلا نادراً، لأنها مكلفة ، كما أنها تحتاج إلى فترة زمنية طويلة قد تصل إلى عدة سنوات.

٢- العلاج المتمركز حول العميل.

وضع كارل روجرز C.Rogers أسس هذه المدرسة العلاجية. وتستند فكرة روجرز في العلاج النفسي على مسلمة أساسية تبناها في نظرته للسلوك الإنساني وهي أن الإنسان يولد ولديه دافع فطري للنمو والارتقاء بخبراته وإمكاناته، وهذا هو الذي يعتبر القوة الدافعة لحركة الإنسان وتقدمه في الحياة ، على أن هذا الارتقاء لا يمكن أن يتم بصورة جيدة إلا إذا استطاع الإنسان أن يدرك بوضوح اختياراته في الحياة (إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ٢٦٧).

ويستند منهج روجرز في العلاج على محور أساسي وهو أن سلوك المريض (العميل) لا يمكن فهمه إلا من خلال وجهه نظر المريض وطريقة إدراكه لنفسه وللعالم، أي أن المعالج عليه أن ينظر إلى المشاكل المطروحة من منظور المريض، كما أن هذا السلوك لا يمكن تغييره إلا إذا كان المريض يرغب في هذا التغيير. ومن ثم فالمعالج هنا لا يقدم تفسيرات أو توجيهات مباشرة، بل هو يخلق مناخاً ودوداً لا يشعر فيه المريض بتهديد حتى يتمكن من فهم طريقته في التفكير والتحقق من طبيعة مشاعره الذاتية ، الأمر الذي يساعده على النمو وعلى تكوين نظرة إيجابية لنفسه وبالتالي توجيه نفسه نحو نمط من السلوك أكثر اشباعا وتحقيقا للذات (الزيادي، ١٩٨٧: ٣٥٠).

ولكي ينجح العلاج النفسي وفقا لهذا التصور، فإنه يحتاج لمعالج يمتاز بثلاث خصائص رئيسة ، هي:

١) الصدق الخالي من الزيف والاصطناع.
٢) الفهم المتعاطف الدقيق للشخص.
٣) الاحترام والتقدير الدقيق للشخص.

٣- العلاج الوجودي- الإنساني.

بالرغم من أننا ناقشنا كارل روجز بشكل مستقل عن العلاج الوجودي، فإنه يتفق معه في تأكيده على الخبرة المباشرة أي المجال الظاهرياتي *Phenomenal Field* والفرد كقيمة مستقلة.

ومن أهم تيارات هذا النوع من العلاج النفسي: الإنساني ، والعلاج الوجودي ، والعلاج الجشطالتي .

أ- العلاج الإنساني :

برز المنهج الإنساني في العلاج النفسي من خلال مؤلفات بوجنتال *Bugental* عام ١٩٦٥، وبولر وآلن *Buhler & Allen* عام ١٩٧١ ، وجورارد *Jourard* عام ١٩٦٤، وماسلو *Maslow* عام ١٩٦٢ ، وهو يعد من بعض الجوانب نموا لمنهج العلاج المتمركز حول العميل . ويدور هذا المنهج حول محور أساسي وهو أن كل إنسان نسيج ووحدة فريدة في طابعه، ومن ثم يرفض مبدأ تجميع الناس وفقا لسمات الشخصية أو فئات تشخيصية ، لهذا لا يركز العلماء الإنسانيين على مصطلحات علم النفس المرضي كالمرض أو الفئات التشخيصية؛ فكل فرد مر بعمليات طويلة وخبرات فريدة ، والعلاج النفسي هنا يهدف إلى التعرف على هذه العملية ، إذ أن مشاكل هذه الخبرات وعجز المرء عن تحقيق ذاته وفشله في إقامة علاقات ممتعة وذات معنى مع الآخرين هي المشاكل الأساسية في الحياة والتي يتوجب على العلاج النفسي أن يتوجه إليها.

ب- العلاج الوجودي :

يستمد هذا العلاج جذوره من أفكار المدرسة الوجودية الفلسفية : هيدجر *Heidegger*، وكيركجارد *Kierkegaard*، وسارتر *Sartre*، وقد كان الفضل لروومای *May*، ولينج *Laing* في تطويع المفاهيم الفلسفية الوجودية إلى مناهج في العلاج النفسي والممارسة الإكلينيكية. وبالرغم من تباين وجهات النظر الوجودية فأن هناك بعض الخصائص المشتركة فيما بينها. فمن ناحية ترى هذه المدرسة أن الخاصية الرئيسية الإنسانية هي البحث عن معنى ، وشخصية الفرد بهذا المعنى تتكون من مجاهداته ونضاله الذاتي لتكوين شخصيته وذات داخلية حتى يجد لحياته معنى وقيمة، ومن ناحية أخرى تشير هذه المدرسة إلى أن من الجوانب الرئيسة في الشخصية عملية اتخاذ القرار: اتخاذ قرار يرتكز على عالم الوقائع والممكنات. ولهذا فالشخصية ليست ما هي عليه حاليا، ولكنها ما يمكن أن يتحول له الإنسان فيما بعد.

فقد نختار الحاضر الذي يفتقر إلى التغيير والولاء للماضي ، واختيار الماضي يؤدي إلى الشعور بالذنب والأسى على الفرص التي ضاعت، وقد يختار الإنسان المستقبل وعندئذ يتملكنا شعور القلق الذي يتبع عجز الإنسان عن التنبؤ بالمجهول ويحتاج اختيار المستقبل الشجاعة والقدرة على تحمل القلق . ولهذا يتجه العلاج النفسي الوجودي إلى إعانة الفرد حتى يكتشف

بنفسه معنى لحياته وقيمه تمكنه من الاختيار والشجاعة على هذا الاختيار، مع الانتماء الإيجابي للآخرين والمسؤلية الأجتماعية (إبراهيم ؛ عسكر ، ٢٠٠٨ : ٢٧٠).

جـ- العلاج النفسي الجشطالتي :

لم يظهر هذا المنهج العلاجي الجديد نسبيا ، إلا بعد أن ظهرت كتابات فردريك بيرلز *F.Perlz* عام ١٩٦٩ وغيره. والمنظور الأساسي لهذا المنهج ينبع من الفكر الجشطالتي ؛ فالإنسان كل متكامل وأننا يجب أن نكون قادرين على تطوير وعينا، وأن الوعي لا يقتصر على وعينا بأنفسنا، ولكن وعينا بالسبل والحيل التي نلجأ لها لهزيمة أنفسنا. ويمكننا تحقيق هذا الوعي من خلال تعبير الإنسان عما يشعر به هنا والآن.

وقد تطورت على يد علماء العلاج النفسي الجشطالتي بعض القواعد الرئيسة التي يجب أن يركز عليها المعالج ، منها:

١- التواصل بالمريض يجب أن يكون بصيغة الحاضر (لا يشجع المريض على النظر إلى الماضي أو المستقبل).
٢- المساواة بين الطرفين(المعالج والمريض) خلال عملية التواصل(إنسان يتكلم مع إنسان وليس شخص أو مريض).
٣- تشجيع المريض على استخدام لغة " الأنا " لتشجيع تحمل المسئولية.
٤- عدم التشجيع على تحميل الآخرين المسئولية على المشكلات، فالمهم مسئولية الشخص نفسه.
٥- عدم التشجيع على الأسئلة خاصة أن كانت تنقل رأي، وليس الأسئلة التي تساعد على الحصول على معلومات.

٤- العلاج السلوكي :

ظهرت منذ العشرينات كتابات متناثرة عن تطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية، إلا أن تأثيرها في ممارسات الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي ظل محدودا حتى الستينيات حين برز العلاج السلوكي بوصفه منهجاً نظامياً شاملاً في العلاج. ومنذ ذلك الوقت ، كان التقدم مذهلا وسريعا، إذ يوجد في الوقت الحالي مالا يقل عن عشر مجلات علمية متخصصة في هذا المجال بالإضافة إلى العديد من المراجع واللقاءات العلمية في العلاج السلوكي.

وإذا كان العلاج السلوكي قد عرف في الستينيات وأوائل السبعينيات بأنه تطبيق نظامي لأسس التعلم في تحليل وعلاج اضطرابات السلوك ، فأنه

ينظر إلى هذا التعريف بأنه ضيق ، لأنه ليست كل أساليب العلاج السلوكي مستمدة من نظريات التعلم التي صاغها بافلوف *Pavlov* ، ومن بعده وواطسون *Watson* وهل *Hull*. لكن هناك أيضا الجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية ،والمعرفية، والاجتماعية في علم النفس (مليكة ، ١٩٩٠ : ١١).

والأمر الأساسي في المدخل السلوكي للعلاج هو التأكيد على الأحداث القابلة للملاحظة والمواجهة وبخاصة سلوك المريض أكثر من أن يكون الحالات والمركبات العقلية المستنتجة. وبشكل عام هناك عدد من المسلمات التي يتبناها هذا النوع من العلاج (بد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ :٣٥).

المسلمات الرئيسية التي يتبناها العلاج السلوكي :

تتميز نظرة العلاج السلوكي من غيره من أنواع العلاج النفسي بخصائص فريدة، نذكر منها على سبيل المثال ما يلي:.

١ -لا يبذل المعالج السلوكي مجهودا كبيرا- عكس زميله في التحليل النفسي- في البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك ،أو في محاولة إرجاعه إلى صراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فسيولوجية ، إذ إن العلاج السلوكي يختلف عن الأساليب التقليدية الشائعة في مدارس العلاج النفسي السابقة من حيث إنه يركز اهتماماته على علاج الأعراض بصورتها الراهنة وبالشكل الذي يعانيها. فالمعالج السلوكي الذي يهدف- مثلا- إلى علاج طفل مصاب بالقلق أو الخوف المرضي من السلطة المدرسية لا يبحث عن ذكريات الطفولة ولا يعالج الخوف على أنه نتاج لعوامل لا شعورية، أو صراعات أوديبية في المراحل المبكرة من النمو الجنسي ، بل إنه يجعل التحرر من الخوف هو الهدف الرئيس الذي يجب أن تتجه له مجهودات العلاج .والمعالج السلوكي إذ يجعل هدفه التغيير المباشر للمشكلة ينظر إلى الاضطرابات على أنها سلوك شاذ أمكن اكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعلم.

٢ -إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتحمان إذ إن تشخيص االمشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعلته يخاف ،أو يقلق .وفي تشخيصه للمشكلة يهتم المعالج السلوكي برصد الاستجابات kأو ردود الأفعال البيئية من قبل الأسرة، أو المحيطين بالطفل قبل ظهور السلوك المشكل وبعد ظهوره

،وهي الأسباب التي يعرف المعالج أن تعديلها أو تغييرها سيؤدي إلى التخلي عن هذا السلوك ، ومن ثم التخلص من المشكلة برمتها .فالمعالج السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي وهي الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق العلاج.

٣ - ومن المسلمات الرئيسة التي يتبناها المعالج السلوكي والتي تضعه في موقع فريد ومختلف جذريا عن العلاجات النفسية الأخرى أنه لا يرى- ما يراه المحللون النفسيون مثلا- من وجوب إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة ، لأنه لا يوجد في نظامه العلمي مثل هذه الافتراضات ، وإن كان يجد أنه من الحكمة التناول الجذري للمسببات البيئية للمشكلة لمنع رجوعها .إذن يرى المعالج السلوكي أن علاج العرض هو علاج للمرض ، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح. وهذا المنطق يختلف بالطبع عن منطق المرض الجسمي ، أو عن النموذج الطبي العضوي الذي ينظر قتضاه إلى الإصابة بالصداع مثلا على أنها عرض قد يخفي وراءه مرضا آخر كالأنفلونزا ، أو سرطان المخ ، أو زيادة نسبة السكر في الدم أو الإجهاد....إلى غير ذلك من أمراض.

٤ - وينظر المعالجون السلوكيون بشكل شديد إلى المسلمات التقليدية في العلاج النفسي والتي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول ، أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض .فالموقف الذي يتبناه المعالج السلوكي بصدد هذه القضية أن علاج مشكلة كالخوف مثلا سيجع الطفل قادرا على مواجهة مشكلته الراهنة ، ومن ثم ستتسع أمامه آفاق الصحة والنمو السليم :إذ سيكتسب ثقة بنفسه ، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه وستتاح له فرص احتكاك جديدة كانت مستعصية عليه بسبب مخاوفه؛ وكل ذلك سيؤدي إلى تغيير شامل وإيجابي فيشخصيته .أما القول إننا نحتاج إلى تغيير الشخصية وحل صراعاتها قبل أن نعالج مشكلة الخوف ، والقول إننا ما لم نفعل ذلك - أي ما لم نبدأ منالشخصية أولا- فإن الخوف سيستبدل بخوف أخر أو مشكلة انفعالية أخرى ،فهو قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية ويمثل نقطة خلاف علمية عميقة بين العلاج السلوكي وغيره من أنواع العلاج النفسي.

٥ -أما من حيث المسلمات النظرية ، فإن العلاج السلوكي ، ولو أنه يعتمد على الحقائق التجريبية في علم النفس الأكاديمي بمدارسه المختلفة ، إلا أنه ستظل أساسا بعباءة نظريات التعلم .فقد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للممارسة الإكلينيكية .والعلاج النفسي يفضل ظهور نظريات التعلم والتشريط ، ويتبنى في نظرته للسلوك المرضي نفسه النظرة التي تتبناها نظرية التعلم عند التعامل مع السلوك؛ ولهذا ينظر المعالج السلوكي للأمراض النفسية بصفتها استجابات أو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم التوقف عنها ، أو أن نستبدلها بتعلم سلوك أفضل وأنسب .فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المرضي بفعل خبرات شاذة ، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال مبادئ التعلم نفسها التي أدت إلى اكتسابنا السلوك المرضي (إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ :٣٤).

وبالرغم من أن البدايات الأولى للعلاج السلوكي ، والتي يعتبرها البعض الثورة الأولى في العلاج النفسي ،جاءت مرتبطة بتطور نظريات المنبه والاستجابة التي كان من روادها الأوائل بافلوف وواطسون ، إلا أن هناك تطورات معاصرة في هذه الحركة وسعت من القاعدة الرئيسة التي ترتكز عليها مسلماتها .فإسهامات سكينر وأتباعه أثرت العلاج السلوكي ونقلته من عالم السلوكية التقليدي محدود النظرة والكفاءة إلى مستوى أكثر فعالية وشمولا في تفسير وتحليل وعلاج مختلف أنواع السلوك ومستوياته بما في ذلك ما اصطلح على تسميته بالسلوك المعرفي .

كما برزت إلى الوجود الآن ما يسميه كرايزنر *Kraisner* عام ١٩٩٠ (الموجة الثانية) أو الثورة الثانية في حركة العلاج السلوكي .وهذه الموجة بدأت تقريبا في عام ١٩٧٥ وجاءت مصاحبة للتطورات الجديدة في نظريات التعلم التي تمثلت في ظهور نظريات التعلم المعرفي والتعلم الاجتماعي وقد فتحت هذه الإسهامات الجديدة للمعالجين السلوكيين آفاقا وإمكانات جديدة ومتعددة لتغيير السلوك وتطوير نظريات التعلم الكلاسيكية ، بحيث أصبحنا ننظر إلى البدايات الأولى للعلاج السلوكي-في تجارب واطسون مع الطفل ألبرت *Abert* ،أو ماري كوفر جونز *Jones* مع الطفل بيتر *Peter* على أنها تتصف بالتبسيط الشديد ، إذا ما قارناها بما تتميز به الموجه الثانية من العلاج السلوكي.

الأساليب الفنية في العلاج السلوكي :

١- فنيات التشريط بالنقيض: وتدور هذه الفنيات حول فكرة أن الاستجابة لمنبه معين يمكن إزالتها ، أو استبدالها بسلوك آخر نحو نفس المنبه. وهناك فنيات كثيرة قد اعتمدت في تطورها وظهورها على هذا المبدأ مثل:-

أ) التطمين التدريجي المنظم: (ويطلق عليه مصطلح الكف المتبادل) وقد استخدم ولبي *Wolpe* هذه الفنية لعلاج حالات القلق ؛ وتقوم على تشجيع المريض النفسي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا. والهدف الرئيس من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية ومخاوفه من خلال التعرض التدريجي للموقف مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق في كل مرة يتعرض فيها الشخص لهذا الموقف ، حتى يفقد خصائصه المهددة ويتحول إلى موقف محايد.

ب) الاسترخاء العضلي : ويعرف الاسترخاء علمياً بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. وقد أبتكر جاكبسون *Jacobson* أسلوب الاسترخاء التصاعدي *Progressive Relaxation* موضحا أنه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين مرضى القلق.وقد استطاع ولبي أن يطور من هذا الأسلوب موضحا أن الاسترخاء يعتبر من العوامل الكافة للقلق. هذا ويحتاج إجراءه إلى تدريب منظم ، وبالرغم من أنه لا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية باسترخائها، فإن الغالبية العظمى من المعالجين السلوكيين يفضلون البدء بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية وليتعلم البعض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلي ونتائجه من ناحية أخرى (إبراهيم ؛عسكر ، ٢٠٠٨: ٢٨٦).

ج) تأكيد الذات : تشير التوكيدية إلى القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. إلا أن المعالجين السلوكيين يعالجون هذا المفهوم بصورة أكثر اتساعا. فالشخص التوكيدي ليس هو فقط من يدرب نفسه على العدوان، والتحكم في الآخرين، بل هو أيضا يستطيع التعبير الإيجابي عن كثير من المشاعر الإيجابية كالصداقة والود ، والاعجاب ؛ ولهذا يتضمن العلاج السلوكي القائم على التوكيدية على تدريب الأشخاص عن الاتجاهات الإيجابية الدالة على الاستحسان، والتقبل، وحب الاستطلاع وإظهار الحب، وهي اتجاهات تتعارض جميعها مع العصاب والقلق ، وبالتالي فأن تدريب

الشخص على هذه الاستجابات عند التفاعل بمواقف أو مع أشخاص يثيرون القلق، والتهديد سيجرد هؤلاء الأشخاص وهذه المواقف من خصائصهم المهددة ،والمثيرة للقلق لأن الإيجابية والقلق لا يجتمعان.

٢- فنيات العلاج بالتعلم الفعال : يعتبر التدعيم من أهم القواعد التي بُني عليها سكينر نظريته في التعلم الفعال، والتدعيم هو أي فعل يؤدي إلى زيادة حدوث استجابة معينة أو تكرارها. والتدعيم قد يكون إيجابيا أو سلبيا. وللقيام بالعلاج السلوكي اعتماداً على مبدأ التدعيم فأننا نقوم أولا بالتحديد الدقيق النوعي لأنواع السلوك التي نريد تغييرها، ثم إعادة وضع علاقات وظيفية بين المنبهات(أي الظروف التي أدت إلى ظهور العرض أو الاستجابات). بعبارة أخرى ، فإن العلاج يتضمن إزالة الاضطرابات بإزالة الشروط المؤدية إليها من خلال القيام بعمليات ضبط للمتغيرات .

٣- فنيات العلاج بالتعلم الاجتماعي(العلاج بالقدوة) : يعتبر باندورا *Bandura* من الأوائل الذين أثبتوا أن التعلم الاجتماعي ، أي التعلم من خلال مشاهدة الآخرين يعتبر من المبادئ الرئيسة التي يجب الاهتمام بها.هذا وقد استخدم لازاروس *Lazarus* هذه الفنية لعلاج بعض الصعوبات الاجتماعية لدى أحد المرضى، وذلك من خلال دفع المريض لملاحظة ما يقوم به المعالج عند التفاعل بنفس المواقف التي أدت إلى المشكلات الانفعالية لدى المريض، ثم يطلب منه المعالج القيام بأدائها عددا كبيراً من المرات حتى يتقن مهارات التفاعل الاجتماعي، وقد أطلق لازاروس على منهجه هذا " البروفات العلاجية *Therapeutic Rehearsal* "(إبراهيم ؛عسكر ، ٢٠٠٨: ٢٩٧).

٦- العلاج المعرفي:

تأسس العلاج المعرفي بواسطة آرون بيك *A.Beck* في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينيات ، كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرضى الاكتئاب، وهو موجه أساساً إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه. ومنذ ذلك التاريخ نجح بيك وآخرون في تكييف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة وقد غيرت هذه التعديلات من الهدف والتقنية ، ومدة العلاج، ولكن الإطار النظري نفسه ظل ثابتاً.

وباختصار شديد، فإن النموذج المعرفي يفترض أن التفكير المشوش والسلبي (الذي يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى) هو الغالب في معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك. واستمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى (بيك ، ٢٠٠٧: ١٧).

مبادئ العلاج المعرفي:

١. إن العلاج المعرفي يُبنى أساساً على التقييم المتنامي والمستمر للمريض ومشاكله في صيغة مصطلحات معرفية.
٢. يؤكد العلاج المعرفي على التعاون والمشاركة الفعالة.
٣. إن العلاج المعرفي هو علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما.
٤. يركز العلاج المعرفي على الحاضر. ويتحول التركيز على الماضي في ثلاث حالات: حينما يعبر المريض عن نزوع شديد لذلك، وحينما لا يعطي التركيز على المشاكل الحالية النتيجة المطلوبة من حيث تغيير المشاعر أو السلوك أو حينما يرى المعالج أنه من المهم فهم كيفية نشوء الأفكار السلبية والمعطلة وكيف أن هذه الأفكار تؤثر في المريض حالياً.
٥. إن العلاج المعرفي هو علاج تعليمي في الأساس ، ويهدف إلى تعليم المريض كيف يكون معالج لنفسه.
٦. يهدف العلاج المعرفي إلى أن يكون محدداً بزمن.
٧. إن جلسات العلاج المعرفي مقننة، فأيًّ كان التشخيص أو المرحلة العلاجية يميل المعالج المعرفي إلى الالتزام ببنية ثابتة في كل جلسة .
٨. يستخدم العلاج المعرفي تقنيات وطرقاً مختلفة من اتجاهات علاجية أخرى (مثل العلاج السلوكي والجشطالتي) لكي يغير التفكير والمزاج والسلوك.

النموذج المعرفي :

يقوم العلاج المعرفي أساسا على النموذج المعرفي، والذي يفترض أن مشاعر الناس وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث، إنه ليس موقفاً بذاته هو الذي يحدد كيف يشعر الناس ، ولكن الطريقة التي يفسرون بها ذلك الموقف.

هذا، ويهتم المعالج المعرفي على وجه الخصوص بمستوى التفكير الذي يعمل في اللحظة نفسها مع المستوى السطحي، فعلى سبيل المثال بينما تقرأ هذا الكتاب يمكنك أن تلاحظ عدداً من مستويات التفكير لديك، فجزء من

مخك يركز على المعلومات التي في الكتاب بمعنى إنك تحاول أن تفهم وتدمج بعض المعلومات الحقيقية . وعلى مستوى أخر ربما تكون لديك بعض الأفكار السريعة عن تقييمك للكتاب، هذه الأفكار تسمى" الأفكار التلقائية "ولا تنتج عن نيه أو قصد، وغالبا ما تكون سريعة ومختصرة، ويمكنك أن تنتبه لها بصعوبة ، ولكن تنتبه للمشاعر المصاحبة لها.

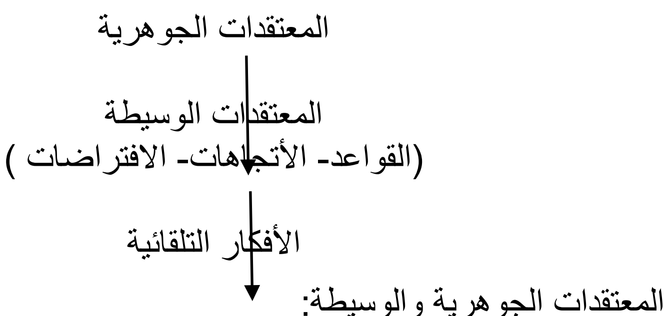
ويمكنك أن تتعلم كيف تتعرف على أفكارك التلقائية ، إذا انتبهت لأي تحول في مشاعرك ، فحينما تلاحظ أنك متضايق قليلا ، اسأل نفسك ما الذي كان يدور في رأسي منذ لحظات ؟ وحينما تصبح قادرا على التعرف على الأفكار التلقائية فيمكنك تقييم مصداقية هذه الأفكار، وإذا وجدت تفسيراتك للأمور خاطئة وأستطعت تصليحها فربما تكتشف أن مزاجك قد تحسن (بيك ، ٢٠٠٧: ٣٧).

ولكي نضع ذلك في صيغة مصطلحات معرفية نقول : حينما تصبح الأفكار المعطلة قابلة للتعديل المنطقي، يتحسن الفرد من الناحية المزاجية. ولكن من أين تنبثق الأفكار التلقائية؟ إن الإجابة على هذا السؤال يرتبط بظاهرة معرفية أكثر عمقاً ، وهي " المعتقدات ".

المعتقدات :

بداية من الطفولة تتكون لدى الناس معتقدات عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم، وأن أكثر المعتقدات عمقاً هي مفاهيم أساسية ، وراسخة ،وعميقة بحيث إنهم غالباً لا يعبرون عنها في كلمات حتى لأنفسهم. ويطلق على هذه المعتقدات " المعتقدات الجوهرية *Core Beliefs* وهي المستوى الأساسي من المعتقدات فهي كلية وجامدة ومعممة بطريقة شديدة، أما الأفكار التلقائية أي الكلمات الواقعية ، أو الأخيلة التي تدور في عقل الشخص هي دائما متعلقة بالموقف ، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية.

وهناك أيضا مجموعة من المعتقدات الوسطية التي تقع بين الاثنين: المواقف والقواعد والاتجاهات.والعلاقة بين المعتقدات الجوهرية والمعتقدات الوسيطة والأفكار التلقائية يوضحها الشكل التالي:-



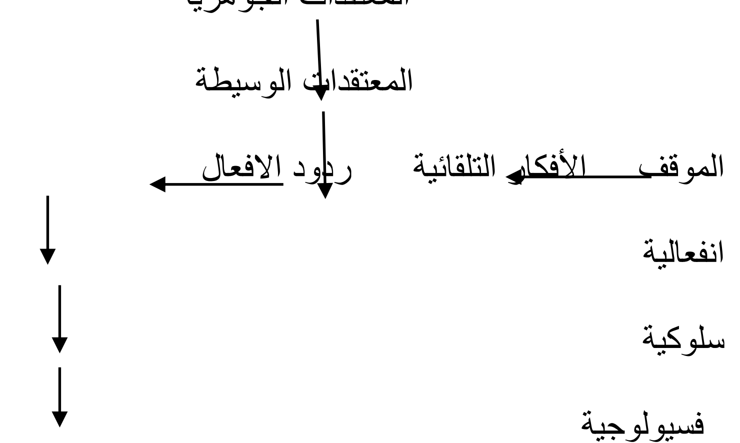
المعتقدات الجوهرية والوسيطة:

يحاول الناس منذ مراحل نموهم المبكرة أن يتفهموا ما يدور في البيئة المحيطة بهم. إنهم بحاجة إلى تنظيم تجاربهم بطريقة متماسكة حتى يستطيعوا التكيف معها، فتفاعلهم مع العالم والناس يؤدي إلى نوع معين من الفهم والتعلم لمعتقداتهم التي يمكن أن تختلف في دقتها وفاعليتها.

والذي يهم المعالج المعرفي هنا هي المعتقدات المعطلة أو السلبية والتي يمكن طرحها جانباً ليتعلم المرضى بدلاً منها معتقدات جديدة. لهذا يركز العلاج المعرفي تركيزاً أولياً على الأفكار التلقائية تلك الأقرب إلى الوعي ، فيعلم المعالج المريض القدرة على التعرف عليها وتقييمها وتعديلها من أجل التخلص من الأعراض ثم تأتي المعتقدات الوسيطة التي تلي هذه الأفكار المعطلة ، والتي ستظهر في أكثر من موقف لتصبح بؤرة العلاج.

العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية :

يمكن أن يوضح النموذج المعرفي هذه النقطة كما في الشكل التالي :-



ففي مواقف معينة تؤثر المعتقدات التحتية لشخص ما في إدراكه، والتي يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين ، وهذه الأفكار بدورها تؤثر في مشاعر الشخص ، وتؤثر كذلك في السلوك ، وغالباً ما تؤدي إلى استجابة فسيولوجية. فعلى سبيل المثال ، فالقارئ الذي يقرأ الكتاب ولديه أفكار " هذا صعب جدا ، لا يمكن أن أفهمه " يشعر بالحزن، ويشعر ببعض الثقل في المعدة ويطوي الكتاب. وبالطبع إذا استطاع أن يقيم أو يحكم على أفكاره فإنه يمكن لمشاعره وسلوكه وفسيولوجيته أن تتغير بطريقة إيجابية كالتالي : " انتظر لحظة ... إنه يمكن أن يكون صعب الفهم ولكنه غير مستحيل ، وإذا ما ثابرت فربما أفهمه بطريقة أفضل مثل الأنواع الأخرى من الكتب" ، فإذا استجاب بهذه الطريقة ربما قلل من الشعور بالحزن وأستمر في القراءة.

العلاج الجماعي.

وهو شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على علاج المريض داخل جماعة ، يختلف عدد أفرادها بأختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج والهدف من العلاج، لكنه في كل الأحوال يستحيل أن يقل عن اثنين .

وإذا تعمقنا في ذاكرة التاريخ القديم من دراما إغريقية ومسرحيات عصور وسيطة سنجد أشكالا بدائية من العلاج النفسي الجماعي. لكن تظل البداية الحقيقية لهذا النوع من العلاج تنسب إلى جوزيف برات *J.Pratt* الطبيب الباطني ببوسطن الذي بدأ هذا الأتجاه في علاج مرضى السل وأسس لهذا الغرض منظمة سميت بـ" فصل السل " عام ١٩٠٥ . كان الهدف الأول من إنشائها هو إيجاد خطة علاجية لذلك الهزال التدريجي الذي يسببه السل من خلال جلسات (فصول) علاجية نفسية. إلا أن العلاج الجماعي في إطاره المنظم لا العفوي قد بدأ في مطلع القرن العشرين بأمريكا من عباءة التحليل النفسي بنظريته ومنهجه في فهم الإنسان بما هو إنسان ، إلا أن الفنيات الأساسية كان لابد أن تواكب هذا الشكل العلاجي الذي انتشر في العالم كله، وتعددت مدارسه ولم تعد قاصرة على المحللين النفسسيين. وتجدر الإشارة إلى أنه تكاد لا توجد مدرسة من مدارس علم النفس لا تتجه اليوم للعلاج الجماعي مع اختلاف في الفنيات والمنهج والأسس التي يقوم عليها، بل توجد أيضا عديد من الاتجاهات داخل المدرسة الواحدة ، الأمر الذي أدى إلى تعدداً في جانب أخر من قبيل السيكودراما والعلاج بالموسيقى وعلاج الأسرة بل وجماعات النشاط (طه وزملاؤه ، ١٩٩٣: ٥١٠).

١-العلاج الأسري .

يعتبر العلاج الأسري شكل خاص من أشكال العلاج الجماعي. ظهر في بداية الثلاثينيات عندما بدأ بولبي *Bowlby* ، ومورينو*Moreno* في إدخال الأسر في العلاج. لكن بداية المدخل الأسري في العلاج ظهر في منتصف الخمسينيات في الولايات المتحدة عندما بدأ الأطباء النفسيين في استخدام اعضاء الأسرة في علاج المرضى الذهانيين , *Stein et al .*) (1999فلقد قام باحثون كثيرون بدراسة هذه المشكلة في محاولة لتقصي أسبابها، واستطاعت هذه الدراسات أن تكشف لنا اهمية التركيب الأسري وأثره في تطور اضطراب الفصام. فعلى سبيل المثال ، أشارت الدراسة التي قام بها تيودور ليدز وزملاؤه إلى أن العامل المسبب الأول هو علاقة زوجية مرضية، ففي هذه الأسر لوحظ فشل الزوجين تماما في أن يلبي كل منهما الحاجات الانفعالية عند الآخر ، وهذا الفشل هو الذي فتح الطريق أمام الزوج (أو الزوجة) لكي يقيم مع الطفل علاقة مرضية(الزيادي ، ١٩٨٧ : ٤١٤).

ويشتمل هذا النوع من العلاج على عضو أو اثنين من نفس الأسرة ، وواحد أو أكثر من المشكلات التي تتطلب العلاج. ولكن بدلا من التركيز على أحد أفراد الأسرة يهتم المعالج بالأسرة كلها كوحد واحدة، وبمساهمات كل عضو على حدة. ومن خلال إجراء المقابلات مع اعضاء الأسرة يحاول المعالج الوصول إلى حس عام عن كيفية تفاعل أعضاء الأسرة مع بعضهم البعض.

وفي هذا النوع من العلاج ينظر المعالجين النفسيين الأسرة كـ" نظام " مع إفتراض إمكانية إحراز التحسن في كل عضو على حدة عن طريق فهم الصراعات الموجودة في تفاعلات أعضاء الأسرة مع بعضهم البعض، لذا يتوقع أن يشارك كل عضو في حل المشكلة التي تم تحديدها.

كذلك يفترض العديد من المعالجيين الأسريين اشتراك أعضاء الأسرة في أدوار محددة أو القيام بأنماط من السلوك ، فقد يسلك أحد الأشخاص ككبش فداء، بينما يسلك آخر كامستأسد ...وهكذا. ووفقا لوجهة النظر هذه يستمر الاضطراب من خلال هذا النظام من الأدوار. لهذا فأن أحد أهداف هو مساعدة أعضاء الأسرة على التكيف بشكل مختلف من خلال العديد من الأدوار أو انماط السلوك النباءة *(Feldman , 1996: 17*).

٢- العلاج النفسي التدعيمي.

أحد اشكال العلاج الجماعي. يهدف إلى منح المريض دعما عاطفيا بطريقة عملية ، والفرصة للتنفيس عن مشاعره وعواطفه ، مع الإرشاد والتوجيه لحل مشاكله ، وذلك عن طريق الحوار. ويستعمل هذا النوع من العلاج النفسي في الحالات التي لا يكون فيها الهدف تغيير السلوك بطريقة جذرية ، بواسطة وسائل العلاج النفسي المتعمقة ؛ لوجود بعض المشاكل أو المعوقات الخاصة بالمريض ، مثل مشاكل التعلم ، أو معاناته من أعراض ذهانية (الحليبي ، ٢٠٠٧).

وقد يكون بهدف متابعة مجموعة من الخطوات التنفيذية ، مثل تقديم التشجيع ، وتقبل الفرد ، والموافقة على بعض سلوكياته كخطوة ضرورية للعلاج وتحسين فكرته عن نفسه. والتدعيم النفسي قد يكون ضروريا كإجراء لإتمام العلاج الجسمي والنفسي بنجاح (طه وزملاؤه ، ١٩٩٣: ٥٠٥).

قـائـمـة الـمـراجــــع

أولاً : المراجع العربية.

- إبراهيم ، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز؛ إبراهيم، رضوى (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل : أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، العدد (١٨٠).
- إبراهيم ، عبد الستار؛ عسكر، عبد الله (٢٠٠٨). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، الطابعة الرابعة ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- أبو حطب، فؤاد ؛ صادق، أمال(١٩٩١) . مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية ، القاهرة : الأنجلو المصرية.
- الأنصاري، بدر (٢٠٠٠). قياس الشخصية ، الكويت : دار الكتاب الحديث.
- الأنصاري، بدر (٢٠٠٤). الفروق في القلق بين طلاب وطالبات الجامعة : دراسة مقارنة في ستة عشر بلدا عربيا ، المؤتمر السنوي الحادي عشر لمركز الإرشاد النفسي ، القاهرة ، جامعة عين شمس ، ١- ٢٤.

- الحليبي ، خالد (٢٠٠٧). حقيبة الاضطرابات النفسية ، الإحساء : مركز التنمية الأسرية.
- الداهري، صالح ؛ الكبيسي، وهيب (١٩٩٩).علم النفس العام ، الأدرن : دار الكندي للنشر والتوزيع.
- الزيادي ، محمود (١٩٨٠). المنهج العلمي في دراسة السلوك الإنساني ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- الزيادي ، محمود (١٩٨٧). علم النفس الإكلينيكي، القاهرة : الأنجلو المصرية.
- الرشيدي ، بشير؛ منصور، طلعت؛ النابلسي، محمد؛ الخليفي ، إبراهيم (٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، المجلد (٧) ، الكويت : مكتب الإنماء الاجتماعي.
- السعيد ، محمد (١٩٩٧). المرجع في اضطراب التوحد : التشخيص والعلاج ، الولايات المتحدة الأمريكية : إصدارات المعهد الوطني لصحة النفسية .
- الشبينى ، هانم(١٩٨٥). السلوك المشكل لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقته ببعض المتغيرات الأسرية ،رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- الشربينى، زكريا (١٩٩٤) .المشكلات النفسية عند الأطفال ، القاهرة : دار الفكر العربي.
- الشربيني ، لطفي؛ صادق، عادل (١٩٩٩). معجم مصطلحات الطب النفسي ، بيروت : مركز تعريب العلوم الصحية .
- الطبيب ، محمد(١٩٨٩) .مشكلات الأبناء من الجنسين إلي المراهقين ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
- العيسوي ، عبد الرحمن (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكي ، الأسكندرية : الدار الجامعية.
- ايزنك ؛ ايزنك (١٩٨٩).استخبار ايزنك للشخصية E.P.Q ، تعريب صلاح الدين أبو ناهية ، القاهرة : مكتبة النهضة العربية.
- بهادر، سعدية (١٩٨١). علم النفس النمو ، الكويت : دار البحوث العلمية.
- بيك ، جوديث (٢٠٠٧). العلاج المعرفي : الأسس والأبعاد، ترجمة طلعت مطر ، القاهرة : المركز القومي للترجمة.

- ✓ حسين ، حنان (١٩٩٧). المشكلات السلوكية لعينة من الأطفال سأكني المقابر من ٦-٩ سنوات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- ✓ دالين ، ڤان (١٩٩٧). مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ راجح ،أحمد(١٩٧٠). أصول علم النفس ، الطابعة الثانية ، الأسكندرية : المكتب المصري الحديث.
- ✓ رزق، أماني (٢٠٠٠) . دراسة اكتساب مفاهيم ثبات العدد والكم لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية مقارنة بالأطفال العاديين وفقا لنظرية جان بياجية، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- ✓ روتر ، چوليان (١٩٨٤). علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة عطية هنا ومحمد عثمان نجاتي ، القاهرة : دار الشروق.
- ✓ سعد ، محمد ؛ عبد الفتاح ، وفاء (٢٠٠٨). دليل مقياس قلق الأطفال ، القاهرة: مركز البحوث والدراسات النفسية.
- ✓ سفيان، نبيل (٢٠٠٤).المختصر في العلاج والإرشاد النفسي ، القاهرة : إيتراك للنشر والتوزيع.
- ✓ سلامة ، ممدوحة(١٩٨٤) . أساليب التنشئة وعلاقتها بالمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة الوسطى ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- ✓ سلامة ، ممدوحة ؛ عسكر، عبد الله (١٩٩٢).علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ سليمان ، عبد الرحمن (٢٠٠٠).محاولة لفهم الذاتوية، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
- ✓ شاهين، عمر ؛ الرخاوي ، يحي (١٩٧٧). مبادئ الأمراض النفسية ، الطبعة الثالثة ، القاهرة : مكتبة النصر الحديثة .
- ✓ شقير، زينب (٢٠٠٢).مقياس المخاوف : مرحلة الطفولة ، الطبعة الثانية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- ✓ شيفر، شارلز ؛ ميلمان، هوارد (١٩٩٦) . مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نسيمه داوود ونزيه حمدي ، الطبعة الثانية : عمان للمنشورات الجامعية الأردنية .

- ✓ شيهان ، دافيد (١٩٨٨) . مرض القلق ، ترجمة عزت شعلان ، الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، العدد (١٢٤).
- ✓ صلاح الدين، إسماعيل؛ عبد الوهاب، وخالد (١٩٩٩). علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة : مطبوعات جامعة عين شمس.
- ✓ طه، فرج ؛ قنديل ، شاكر؛ عبد القادر، حسين؛ عبد الفتاح، مصطفى (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة : دار سعاد الصباح.
- ✓ عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٠). أسس علم النفس ،الطبعة الثالثة ، الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
- ✓ عبد الخالق، أحمد (١٩٩٦). قياس الشخصية ، الكويت : مطبوعات جامعة الكويت.
- ✓ عبد الخالق، أحمد ؛ الدميح، مي (٢٠٠٢) . التمييز بين القلق والاكتئاب باستخدام النموذجين المعرفي والوجداني ، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، المجلد (١٢) ، العدد (٤) ، ٥٤١ ــ ٥٧٨.
- ✓ عبد الفتاح ، غريب (١٩٩٢). مقياس الاكتئاب (د) للصغار، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ عبد الوهاب، مصطفى(١٩٨٧) . قائمة ملاحظة سلوك الطفل لراسل- ن ـ كاسيل ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ✓ عبد الله ، مجدي (٢٠٠٠). علم النفس المرضي : دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب ، الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
- ✓ عكاشة ، أحمد (١٩٩٨). الطب النفسي لمعاصر ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ عمر، ماهر (١٩٩٩). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي ، الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
- ✓ فائق ، أحمد ؛ عبد القادر، محمود (١٩٨٠). مدخل إلى علم النفس ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ فايد، حسين (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية (تشخيصها – أسبابها – علاجها) ، القاهرة : طيبة للنشر والتوزيع .
- ✓ فرج ، صفوت (٢٠٠٠). القياس النفسي ، القاهرة : الأنجلو المصرية .

- ✓ قاسم ، أنسى (١٩٩٤). مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحرومين من الوالدين : دراسة مقارنة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.
- ✓ لنيدزاى، س؛ بول، ج(٢٠٠٠). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ مجمع اللغة العربية (١٩٧٣). المعجم الوسيط ، الطبعة الثانية ، القاهرة : دار إحياء التراث.
- ✓ محمد ، عادل (٢٠٠٣). مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل ، القاهرة : دار الرشاد.
- ✓ موسى، رشاد (١٩٩٣) . دراسات في علم النفس المرضي ، القاهرة : دار المعرفة.
- ✓ مليكة ، لويس (١٩٩٨). مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء الصورة الرابعة، الطبعة الثانية ، القاهرة : دار النهضة المصرية .
- ✓ مليكة ، لويس (١٩٩٧). علم النفس الإكلينيكي ، الجزء الأول: تقييم القدرات ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ مليكة ، لويس (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكي ، الجزء الأول : التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية ، الطبعة الخامسة ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ✓ مليكة ، لويس (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الكويت : دار القلم.
- ✓ مليكة ، لويس (١٩٧٥). اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- ✓ مليكة ، لويس (١٩٦٠). الدلالات الإكلينيكية لمقياس وكسلر- بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- ✓ يوسف ، جمعة (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، القاهرة : دار غريب.
- ✓ يوسف ، جمعة ؛ حسين، زينب (٢٠٠٢).الدليل المختصر لاستخدام الصورة الرابعة من قائمة " قصور الإنتباه / فرط الحركة ، القاهرة : مركز البحوث والدراسات النفسية .
- ✓ يونس، انتصار (١٩٩٣) . السلوك الإنساني ، القاهرة : دار المعارف

ثانيا : المراجع الأجنبية :

- ✓ *Baltimore , J . , & Meryland , B . (1968) . The Child , the family , and the out side world . New york : Penguin Books .*
- ✓ *Beck , A (1977). Depression causes and treatment. Philadelphia : University of Pennsylvania Press .*
- ✓ *Bootzin , R & Acocella , J (1988).Abnormal psychology: Current perspectives , Fifth Edition . New York : McGraw-Hill.*
- ✓ *Borg , R (1980). Educational research. New York : John Wiley & Sons .*
- ✓ *Carver , C (1984). Abnormal psychology. .London : Sage Publications .*
- ✓ *Carver , C & Scheier , B (2000). Perspectives on Personality . Boston: Allyn and Bacon.*
- ✓ *Comer,R(1998). Abnormal psychology, Third Edition . New York : Free man and Company.*
- ✓ *DSM-IV (1994) . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.*
- ✓ *DSM-IV-TR (2004).Diagnostic and Statistical Manual of Mental , 4 th Edition Text Revision . Washington: American Psychiatric Association.*

- *Edelmann , R .(1995). Anxiety theory , research and intervention in clinical and health psychology . New York : John Wiley & Sons .*
- *English , H & English, A (1957). Acomprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms . Longman : London.*
- *Feldman , R (1996). Understanding psychology , Forth Edition . Boston : McGraw-Hill.*
- *Herbert , H. (1978) . Conduct disorders of childhood and adolescent : A behavioral approach to assessment and treatment . New york : Library of Congress.*
- *Ingram ,R . (1994). Depression . In V . Ramchndran (Ed .) Encyclopedia of behavior (Vol . 2) . New York : Oxford University Press.*
- *Kamphaus , R . (1985) . Clinical assessment of child and adolescent , personality and behavior . Boston : Allay & Bacon Publishing .*
- *Miller ,E . , Simmins ,C . , Allen ,c . , & Burns ,S . (1937). The growing child and it' s problems . London : Broadway House.*
- *Donnel , J . , Hawkins , D . , & Abbott ,R . (1995). Predictin serious delinquency and substance use among aggressive boys , Journal of Consulting and Clinical Psychology , Vol . 63 , No .4 , pp 529-537 .*

- ✓ *Robbins , P . (1993). Understanding depression London : McFarland Company Publishers .*
- ✓ *Stein , S . , Haigh ,R & Sstein , J (1999). Essentials of psychology . London : Butterworth Heinemann .*
- ✓ *Wade , C & Tavris ,C (1996). Psychology , Forth Edition . New York: Harper Collins College Publishers .*

.